

Terapia cognitivo conductual para pacientes con riesgo clínico de psicosis

Cognitive behavior therapy for young patients at clinical risk for psychosis.

Natalia González O¹, Fernando Urra – Silva², Camila Garrido¹

Resumen. Introducción. Los estudios de tratamiento indican que el riesgo de transición a un trastorno psicótico puede al menos retrasarse en la población clínica de alto riesgo de psicosis (CHR), además de mejorar variables relacionadas con la calidad de vida de los pacientes, existiendo evidencia a favor de la terapia cognitivo conductual (TCC). **Métodos.** Se realizó una síntesis narrativa, basada en la búsqueda de artículos originales, que abordasen la efectividad de la TCC en pacientes CHR, publicados en los últimos cinco años, incluidos en esta síntesis. **Resultados.** Se incluyeron un total de 10 artículos que evalúan la TCC en CHR, siendo un tratamiento efectivo y ampliamente utilizado, lo que se asocia a una disminución en las consecuencias psicosociales que conlleva el retraso en la presentación del cuadro clínico y/o la disminución de síntomas comórbidos. **Conclusión.** Actualmente, la TCC se ha convertido en el tratamiento de primera elección para CHR, existiendo una gran variedad de estrategias psicoterapéuticas específicas dentro de este grupo de intervención. **Palabras clave.** Terapia cognitivo conductual. Estado mental de riesgo. Psicosis. Riesgo Ultra Alto de Psicosis.

Abstract. Introduction. Treatment studies indicate that the risk of transition to a psychotic disorder can at least be delayed in the clinical population at high risk for psychosis (CHR), in addition to improving variables related to the quality of life of patients, with evidence in favor of cognitive behavioral therapy (CBT). **Methods.** A narrative synthesis was carried out, based on the search for original articles, which addressed the effectiveness of CBT in CHR patients, published in the last five years, included in this synthesis. **Results.** A total of 10 articles that evaluate CBT in CHR were included, being an effective and widely used treatment, which is associated with a decrease in the psychosocial consequences that the delay in the presentation of the clinical picture and/or the decrease in symptoms entails. comorbid. **Conclusion.** Currently, CBT has become the treatment of first choice for CHR, with a wide variety of specific psychotherapeutic strategies within this intervention group. **Keywords.** Cognitive behavioral therapy. Risky mental state. Psychosis. Ultra High Risk of Psychosis.

1. Residente Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, Universidad de Santiago, Hospital Félix Bulnes Cerda.

2. Psicólogo Clínico, Docente Postgrado Universidad de Santiago y Universidad de los Andes, Chile. Escuela de Psicología.

Correspondencia: Natalia González O. Dirección electrónica: nataliabeleng@gmail.com

DP: 8350116 Avenida Ricardo Cumming 1350 depto. 1104A Santiago

INTRODUCCIÓN

Hace aproximadamente veinticinco años, Yung et al. (1996), introdujo el criterio “en alto riesgo” de psicosis (UHR o CHR, por sus siglas en inglés “Ultra” o “Clinical high risk”), que describía una aproximación prospectiva a jóvenes en fase prodrómica de la esquizofrenia y otras psicosis. Los criterios operativos para identificarlos eran: (1) antecedente familiar de primer grado con historia de cualquier desorden psicótico o personalidad esquizotípica asociado a pérdida de funcionalidad de 30 puntos o más de en la escala GAF (Global Assessment of Functioning), (2) síntomas psicóticos atenuados o APS (Attenuated Psychotic Symptoms) e (3) historia de síntomas psicóticos transitorios o BLIPS (Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms). [3]. Es importante resaltar que hay una ausencia de estandarización terminológica en la literatura sin lineamientos explícitos a seguir [4].

La terapia cognitiva conductual (TCC) se basa en la aplicación de los principios de funcionamiento de los procesos cognitivos sobre el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta, en esa situación los patrones básicos de personalidad irracionales y desadaptativos serían los causantes de una falsa interpretación del medio [5]. La TCC se ha planteado como una estrategia eficaz de intervención en etapas iniciales de las enfermedades mentales y podría influir disminuyendo los síntomas y mejorando el pronóstico las enfermedades mentales [6].

Dado el potencial agravamiento clínico del grupo CHR, es que surge la necesidad de investigar la efectividad de tratamientos como la TCC en la disminución o mejoría de sus síntomas centrales y comórbidos, funcionalidad y calidad de vida.

El objetivo de este artículo es revisar estudios publicados en revistas especializadas de los últimos 5 años, que dan cuenta de la utilidad de la TCC aplicada a CHR, así como también evaluar aspectos específicos de esta terapia relacionados con un mejor resultado de la intervención clínica realizada.

MÉTODOS

Para este propósito, se realizó una búsqueda en la base de datos “Web of Science” en julio de 2021, utilizando las palabras claves “clinical high-risk mental state”, “attenuated psychosis syndrome”, “ultra high risk”, “clinical high risk” y “at risk mental state” y “cognitive behavioral therapy.

RESULTADOS

Se seleccionaron finalmente 10 artículos. A partir de la lectura de los estudios seleccionados, los artículos fueron agrupados según los objetivos de la intervención con TCC en pacientes CHR, que para efectos descriptivos en esta revisión fueron clasificados bajo distintas temáticas.

En la tabla 1, se describe de forma comparativa la totalidad de los estudios incluidos en el desarrollo de esta síntesis narrativa.

Revisión de temas

Tabla 1. Tabla comparativa de los artículos incluidos en la síntesis narrativa.

Grupo	Tipo de estudio	n	Intervención (n)	Grupo control (n)	Rango edad	Duración tratamiento	Duración seguimiento (meses/sesiones)	Outcome principal	Resultado
Ising et al., 2016	Estudio de seguimiento	113	Tratamiento habitual + TCC - UHR (N=56)	Tratamiento habitual (N=57)	14-35 años	26 sesiones (6 meses)	4 años	Transición definida por la Evaluación integral de estados mentales de riesgo (CAARMS)	La TCC-UHR para prevenir un primer episodio de psicosis en personas UHR sigue siendo eficaz a los 4 años de seguimiento
Pozza & Dettore, 2020	Ensayo controlado aleatorizado simple ciego	58	TCC modular (N=29)	Grupo control (N=29)	16-35 años	30 sesiones	14 meses	TCC modular dirigidas tanto al estado de UHR como a los síntomas afectivos, reducía o retrasaba el riesgo de un primer episodio psicótico en el postratamiento inmediato y a los 14 meses de seguimiento	La TCC modular puede prevenir el riesgo de psicosis y producir mejores resultados en la depresión / ansiedad que la intervención de apoyo.
Parker et al., 2020	Estudio piloto	10	Terapia metacognitiva	-	Promedio 22.8 años	12 sesiones (3 meses)	6 meses	la TMC produciría un alivio de los síntomas de creencias sobrevaloradas y experiencias perceptivas, definidas por puntuaciones CAARMS.	El MCT podría ser particularmente útil como tratamiento alternativo para los jóvenes con alto riesgo de desarrollar psicosis.
Monreuil et al., 2016	Estudio piloto	23	TCC-G	-	16-35 años	14 semanas	3 meses a 6 meses	Proporcionar evidencia sobre la viabilidad de una intervención de TCC grupal de 14 semanas en un grupo	La TCC-G propuesta es factible y beneficiosa para los pacientes socialmente ansiosos en riesgo o con experiencia de psicosis
Miron & Abdel-Baki, 2017	Estudio de seguimiento	113	Tratamiento habitual + TCC - UHR (N=56)	Tratamiento habitual (N=57)	-	6 meses	4 años	-	Podrían ser que la intervención fue eficaz para prevenir la psicosis no solo durante el período de intervención, sino a más largo plazo
Hartmann et al., 2020	Análisis secundario de un ensayo controlado aleatorio, doble ciego, multicéntrico	304	TCC	-	13-39 años	12 meses	Promedio 40 meses	Identificar subclases homogéneas de individuos UHR basados en trayectorias de nivel de funcionamiento y síntomas	Los síntomas identificados y las trayectorias de funcionamiento siguieron un patrón temporal similar, lo que refleja una mejora sintomática y funcional con el tiempo para todos los subgrupos
(Nelson et al., 2018)	Aleatorizado doble ciego controlado	n=304	PUFA + TCC (Cognitive-behavioural case management.) (n=153)	Placebo+ TCC (n=151)		06-dic	Promedio seguimiento: 3,4 años	Transición a psicosis a 12 meses	Sin diferencias significativas
(Stain et al., 2019)	Observacional	50 equipos	50% de los equipos de SM Inglaterra ofrecía TCC-50% fármacos antipsicóticos	-	14-35 años	Últimos 12 meses			53% incluyeron prestaciones para UHR, la mitad de ellos TCC
(Janssen et al., 2020)	Observacional Longitudinal Países Bajos	n=61	73% recibió TCC, el resto una forma complementaria como Terapia psicomotora., familiar	-	12-25 años	5,9 (± 7,7) meses		Funcionamiento global según escala GAF y HONOSCA	Aumento de las puntuaciones medias de funcionamiento, independiente del uso de fármacos antipsicóticos. Reducción significativa de APS en pacientes UHR, independiente del uso de fármacos antipsicóticos.
(Komescher et al., 2016)	Prospectivo randomizado	n=128	Terapias psicológicas integradas: TCC, entrenamiento habilidades grupales, mediación cognitiva, terapia multifamiliar psicoeducativo (n=45)	Evaluación básica, psicoeducación no estructurada. (n=46)	17-35 años	12 meses	-	Stress Coping Questionnaire (SCQ)	Sin diferencias significativas entre grupos con respecto a síntomas y funcionamiento posterior.
								PANSS total score	La preocupación mental fue la única variable que se asoció al nivel de funcionamiento

TCC, mejorías en síntomas, en la funcionalidad y disminución de riesgo de transitar a psicosis en CHR.

Es conocido que una parte importante de la discapacidad asociada a los trastornos psicóticos, se desarrolla mucho antes del inicio de la psicosis franca. De esta manera, el primer episodio psicótico es precedido en la mayoría de los casos, por un período prolongado de síntomas psiquiátricos inespecíficos, síntomas psicóticos atenuados y funcionamiento deteriorado. Los estudios indican que el riesgo de transición a un trastorno psicótico puede al menos retrasarse en esta población clínica, con pruebas a favor de proporcionar un tratamiento especializado integral del primer episodio de psicosis, siendo la evidencia más fuerte hasta la fecha la TCC [1]. En una revisión Cochrane [7] sobre intervención temprana en psicosis, se describe que al asociar TCC a la terapia de apoyo, se observa una reducción cercana al 50% de transitar a psicosis, al comparar con aquellos que reciben únicamente terapia de apoyo. Sin embargo, los datos obtenidos para este análisis son de muy baja calidad. A pesar de esto, las características específicas del tipo y la secuencia del tratamiento óptimos siguen siendo un área activa de investigación. En el año 2020, [9] se evaluó el tipo de intervenciones psicológicas en pacientes referidos por un departamento de Psiquiatría de un centro universitario especializado en CHR de Utrecht (países bajos), con edades entre 12 y 25 años, durante un periodo de 5 años. Al ingresar, se evaluaba el diagnóstico, ajustado a escala CAARMS (en inglés Comprehensive Assessment of ARMS) y criterios DSM-5, separando a los participantes en dos grupos, según cumplían o no criterios de CHR, recibiendo ambos

grupos intervención psicoterapéutica. Al describir el grupo con criterios de CHR, se encontró un aumento de la funcionalidad medida en escalas GAF y HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents), luego de realizar intervenciones psicológicas, que en un 86,9% de los casos correspondía exclusivamente a TCC. Se describe una relación positiva entre el número de sesiones de TCC y la mejoría en funcionalidad. Sin embargo, el análisis se realiza sin distinción entre individuos con criterios de CHR o sin ellos, no siendo comparables los grupos entre sí.

Dentro de la búsqueda de intervenciones efectivas para este grupo clínico, diversos estudios han demostrado un papel significativo de las creencias y de los procesos metacognitivos en el desarrollo y mantenimiento de la psicosis. Este enfoque está respaldado por el modelo de función ejecutiva autorreguladora formulado por Wells y Matthews (1994, 1996), quienes propusieron que no es la ocurrencia de eventos mentales (es decir, pensamientos negativos y emociones) lo que da lugar a una angustia prolongada, sino el estilo de pensamiento perseverativo resultante, llamado síndrome de atención cognitiva (del inglés CAS, Cognitive Attentional Syndrome). De esta manera, la terapia metacognitiva (TMC) se compone de estrategias destinadas a controlar los pensamientos y las emociones angustiantes que incluyen preocupación, rumiación, conductas de afrontamiento desadaptativas, entre otros. La TMC es un tratamiento más corto que la TCC tradicional, que requiere alrededor de 6 a 8 sesiones para mejorar los síntomas, tiene bajas tasas de abandono y parece ser bien tolerado por pacientes con trastornos

emocionales. Parker et al, realizó [10] un ensayo piloto exploratorio sin grupo control, diseñado para investigar la viabilidad y aceptabilidad de la TMC para personas con CHR. Este estudio reclutó a 10 participantes, donde sólo 8 completaron las evaluaciones durante 12 semanas. Al final de este periodo, 3 participantes todavía estaban en riesgo de psicosis, cuatro ya no cumplían con los criterios de CHR y uno había pasado a un primer episodio psicótico. En el seguimiento de 6 meses, 2 usuarios estaban en riesgo de desarrollar psicosis y cuatro de ellos ya no cumplían con los criterios de CHR. El modelo previamente descrito predice que la TMC, podría ayudar a reducir los síntomas de tipo psicótico y atacar los síntomas de los trastornos emocionales comórbidos. Sin embargo, no es posible concluir de manera categórica, a partir de una muestra tan pequeña, que intervención, TCC o TMC, sería la más beneficiosa para los pacientes.

En el seguimiento a cuatro años, de personas CHR que recibieron TCC dirigida específicamente a los sesgos cognitivos, del ensayo holandés “Evaluación temprana de detección e intervención”, se encontró que el número de participantes que transitaron hacia una psicosis en el grupo TCC-CHR aumentó de 10 (a los 18 meses) a 12 en el seguimiento de 4 años ($n=2$), mientras que permaneció igual en el grupo que recibió tratamiento habitual (atención de rutina proporcionada para trastornos no psicóticos). Sin embargo, en este estudio, se perdió un gran número de pacientes durante el seguimiento [11].

TCC dirigida a la regulación del estrés y cuadros ansioso-depresivos en CHR
Una de las limitaciones en la literatu-

ra actual sobre la TCC para el CHR de psicosis, es que este grupo presenta, a menudo, comorbilidades en el área afectiva, clínicamente significativas que incluyen depresión y ansiedad. El estudio de Pozza y Dèttore [12], 2020 evaluó si un protocolo de TCC modular basado en 30 sesiones aplicadas una vez por semana dirigidas tanto al estado de CHR como a los síntomas afectivos, reducía o retrasaba el riesgo de un primer episodio psicótico en el post-tratamiento inmediato y a los 14 meses de seguimiento. Se estudiaron 58 participantes, con edades entre 16 y 35 años, que cumplían con uno de los criterios de CHR para psicosis mediante la administración de CAARMS, los que fueron asignados de forma aleatoria a los grupos de TCC o bien, a la condición de control que incluía 30 sesiones de apoyo individuales, semanales, que consistieron en la identificación de las necesidades del participante, validación, escucha empática y confrontación sin técnicas/ejercicios de TCC para experiencias de tipo psicótico y síntomas afectivos. Como resultados relevantes señalaron que en el grupo de TCC, un mayor número de participantes logró control de los síntomas afectivos y el número acumulado de participantes que desarrollaron un primer episodio psicótico ($n=3$) fue menor que en el grupo de control ($n=8$). Los autores concluyen que un enfoque modular que integre la TCC de CHR y módulos dirigidos específicamente a los síntomas de depresión / ansiedad pueden ser promisorios para reducir la vulnerabilidad a un primer episodio psicótico y mejorar los síntomas afectivos que a menudo se asocian con el cuadro clínico. Sin embargo, [13] en una columna de la revista especializada *Frontiers in Psychiatry*, se comentó acerca de una serie de graves

problemas metodológicos que ponen en tela de juicio la validez de algunas de estas afirmaciones, como debilidades relacionadas con la medición de resultados (incluida la definición de transición), poder estadístico inadecuado, interpretación incorrecta de los resultados de Kaplan-Meier, informes selectivos y falta de adherencia a la guía CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials).

En el año 2016 se realizó un estudio con el objetivo de determinar estilos de afrontamiento al estrés, en pacientes con CHR y cómo la terapia aplicada tempranamente juega un papel en la respuesta al estrés [15]. En el grupo que recibió TCC compuesto por 56 personas, se observó una mejoría significativa en la escala de PANSS (Positive and negative syndrome scale) y en el funcionamiento posterior al comparar la medición longitudinal pre y post tratamiento, pero sin diferencias significativas al compararlo con un grupo control que recibió psicoterapia de apoyo. Complementario a lo anterior, si se considera la funcionalidad de los pacientes, la intervención focalizada en el pensamiento rumiante fue la única estrategia con mejoría en relación a la línea de base de los síntomas psicóticos. [14]

En relación a la ansiedad social, condición comórbida prevalente en los trastornos psicóticos, que además se asocia a deficiencias funcionales y peores resultados en los dominios ocupacional, social y de calidad de vida, el grupo liderado por Montreuil et al., realizó un estudio piloto donde investigaron la viabilidad de una terapia cognitivo-conductual grupal (TCC-G) para reducir la ansiedad social en aquellas personas que presentaban riesgo

de desarrollar psicosis o que estaban en la fase temprana. Se reclutaron 23 pacientes que cumplían con criterios CHR y ansiedad social comórbida, los que asistieron a una intervención de TCC-G semanalmente durante 14 semanas en un formato grupal en sesiones de 90 minutos. Los resultados sugirieron que la TCC-G propuesta es factible y beneficiosa para los pacientes socialmente ansiosos en riesgo [15].

TCC asociada a otras terapias

En cuanto a intervenciones en contextos clínicos naturales en personas con CHR, en el 2017 se realizó una encuesta en Inglaterra a equipos de intervención temprana en psicosis donde se evaluaron las prestaciones entregadas a pacientes con CHR, de acuerdo a las pautas clínicas vigentes de la NHS (National Health Service). De 50 equipos a nivel nacional, sólo un 53% incluyó prestaciones para CHR, la mitad de ellos TCC. Resulta llamativo que se encontró que, si bien la pautas de NICE (National Institute for Care Excellence England) recomiendan que los fármacos antipsicóticos no se utilicen de forma rutinaria con individuos en CHR, ésta fue una intervención realizada en al menos la mitad de los servicios. [16]

En el año 2017, un grupo de investigadores [17] realizó un ensayo multicéntrico llamado NEURAPRO que evaluaba la efectividad de los ácidos grasos poli-insaturados (PUFA, Poly-Unsaturated Fatty Acids) en conjunto con TCC para en la prevención de transición a psicosis, comparado con un grupo control que sólo recibió TCC. A diferencia de estudios previos [18], no se encontró diferencias significativas entre ambos grupos de seguimiento aportados por la adición de PUFA a la TCC.

Revisión de temas

Considerando que el grupo de CHR para la psicosis es heterogéneo, tanto en síntomas individuales como en trayectorias funcionales [19] y tomando como base el estudio NEURAPRO, se realizó un análisis con el objetivo de identificar subgrupos de individuos con CHR en base a trayectorias de cambio sintomático y funcional e identificar predictores sociodemográficos, clínicos y biológicos. Todos los participantes recibieron TCC desde el inicio del estudio hasta el seguimiento a los 12 meses. Luego los participantes fueron seguidos a mediano plazo con una media de 3,4 años. Los resultados mostraron que los síntomas identificados y las trayectorias de funcionamiento siguieron un patrón temporal similar, lo que refleja una mejoría sintomática y funcional con el tiempo para todos los subgrupos. Respecto a los factores predictores, encontraron que el género femenino y la edad más avanzada al momento de iniciar el estudio, presentaban más probabilidades de estar en la clase sintomatológicamente más grave. Además, el uso de sustancias fue predictivo para una alta sintomatología APS, síntomas depresivos y el funcionamiento cognitivo deficiente emergió como un predictor de la presencia de síntomas negativos.

DISCUSIÓN

El esfuerzo por intervenir de forma temprana un cuadro clínico, ha formado parte de la historia de la Medicina. De igual manera, los beneficios de una intervención precoz en psiquiatría pueden cambiar, o al menos mejorar el curso de un diagnóstico, siendo el objetivo de múltiples estudios en la actualidad.

Sin embargo, una delgada línea los

separa de la sobre intervención, considerando que, en estricto rigor, aún no hay un cuadro establecido, tema de crucial importancia sobre todo al tratarse de niños, niñas y adolescentes.

Las fases tempranas de la psicosis, es uno de los temas con amplios y diversos estudios, no sólo en psicoterapia, sino también en farmacología, lo anterior considerando el deterioro asociado a la falta de intervención, o bien, al tratamiento tardío.

A la fecha, los estudios de tratamiento indican que el riesgo de transición a un trastorno psicótico puede al menos retrasarse en jóvenes que cumplen criterios de CHR, siendo la TCC la intervención con mayor evidencia [1].

Los artículos revisados respaldan la TCC como un tratamiento efectivo, de bajos efectos adversos y ampliamente utilizado para abordar los estados CHR, provocando mejoras duraderas en el tiempo y disminución de los síntomas después de la terapia, lo que se asocia a una disminución en las consecuencias psicosociales que conlleva el retraso del diagnóstico.

Otras intervenciones que se han utilizado en pacientes de CHR para prevenir la progresión a psicosis es la terapia farmacológica con antipsicóticos. Sin embargo, existe un riesgo considerable de efectos adversos al ser administrados a un porcentaje de pacientes que no desarrollarán psicosis en el grupo de CHR (70% aproximadamente). Además, se desconoce los efectos específicos de estos fármacos en un cerebro en desarrollo [20], alzando a la psicoterapia cognitiva como una propuesta menos riesgosa y mejor tolerada, a la espera de estudios futuros

con adecuada calidad metodológica que confirmen su efectividad. En la misma línea farmacológica, en el año 2010 Amminger y su equipo, publicó un alentador estudio [18] donde participaron 81 pacientes, que logró comprobar estadísticamente que los ácidos grasos omega-3 de cadena larga reducían de manera significativa el riesgo de progresión a un trastorno psicótico en grupos de riesgo, alzándose, en ese momento, como una estrategia segura y eficaz para la prevención de la transición a psicosis. Sin embargo, en el 2017 el estudio multicéntrico [21] de McGorry, ya descrito previamente, que incluía un número mayor de participantes ($n=304$), que fueron randomizados en dos grupos que recibían TCC con omega-3 o placebo, fracasó en replicar los resultados de Amminger.

Desde otro punto de vista, más allá del grupo que transita a psicosis, es importante considerar que se estima que un 80% [22] de los pacientes con criterios de alto riesgo, presenta al menos una comorbilidad de por vida, teniendo síntomas más severos, mayor angustia y menor funcionamiento. Sin bien la evidencia aún está en desarrollo, existen guías cuyo objetivo es desarrollar recomendaciones de tratamiento para este grupo de riesgo, como la guía canadiense publicada el año 2017 [3]. En esta se describe la necesidad de la evaluación por un experto en la materia, tratamiento de comorbilidades, intervenciones multidisciplinarias que busquen restituir el funcionamiento global del paciente. En la práctica, esta guía sugiere un enfoque escalonado, iniciando con intervenciones psicoterapéuticas como la TCC y reservando el uso de antipsicóticos en dosis bajas para quienes no responden a las intervenciones psicológicas o aquellos de

mayor gravedad, además de un seguimiento cercano con evaluaciones estandarizadas por 3 años a quienes no han desarrollado psicosis al finalizar la intervención seleccionada.

Otras pautas [23] sugieren además, como primera línea de intervención, sumado a TCC, intervenciones familiares por un periodo mínimo de 3 meses, con la función específica de apoyo, educación y/o estrategias para la resolución de conflictos. En el año 2016 [24] un grupo de investigadores desarrolló un programa que incluía TCC grupal y familiar (GF-TCC), cuyo objetivo era facilitar la recuperación psicosocial, disminuir los síntomas y prevenir la transición a psicosis. Se encontró que la GF-TCC puede retrasar o prevenir la transición a la psicosis en jóvenes en riesgo y potencialmente facilitar la recuperación de CHR. Se necesita una investigación más rigurosa y controlada para evaluar más a fondo este programa.

En nuestro país, existen esfuerzos para pesquisar este grupo de pacientes, a través del programa UCHIP (*University of Chile High-risk Intervention Program*), creado en el año 2014. Este grupo de investigadores publicaron los resultados de un estudio longitudinal [25] de 27 pacientes, en un rango de edad desde los 12 hasta los 28 años con un seguimiento por 2 años. El 62.9% recibió psicoterapia cognitivo conductual y el 85.2% dosis bajas de antipsicóticos atípicos. Luego de los 2 años, el 22% de la cohorte CHR cumplió los criterios de psicosis y el 18% para trastorno de la personalidad.

Dentro de las limitaciones a tener presentes en esta revisión, se considera el número pequeño de participantes en

algunos estudios, investigaciones que presentan evidencia estadística con menor fuerza, falta de análisis estadístico de los resultados entre los distintos artículos examinados y una mayor rigurosidad en la selección de artículos según su calidad metodológica. Por otra parte, revisiones sistemáticas [26] que describen un 22% de riesgo de transitar a psicosis, realizan seguimientos cercanos a 3 años, periodo de tiempo más prolongado a lo descrito en la mayoría de los estudios incluidos en esta revisión narrativa, pudiendo subestimar la verdadera incidencia de transición en pacientes que reciben TCC.

CONCLUSIÓN

Actualmente, la TCC se ha convertido en el tratamiento de primera elección para pacientes CHR, existiendo una gran variedad de estrategias psicoterapéuticas dentro de este grupo de intervención. Si bien, una parte importante de las investigaciones reporta problemas metodológicos, con escasa evidencia específica en menores de 18 años, su inocuidad y su efectividad comprobada en tratar sintomatología prevalente en este grupo, le permiten ser una opción para pacientes a fases prodrómicas, de la mano de intervenciones multidisciplinarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. B. Nelson and P. McGorry, "The Prodrome of Psychotic Disorders: Identification, Prediction, and Preventive Treatment," *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*, vol. 29, no. 1, pp. 57–69, 2020, doi: 10.1016/j.chc.2019.08.001.
2. A. R. Yung, P. D. McGorry, C. A. McFarlane, H. J. Jackson, G. C. Patton, and A. Rakkar, "Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis," *Schizophr. Bull.*, vol. 22, no. 2, pp. 283–303, 1996, doi: 10.1093/schbul/22.2.283.
3. G. Addington, J. Addington, D., Abidi, S., Raedler, T., & Remington, "Canadian Treatment Guidelines for Individuals at Clinical High Risk of Psychosis," *Can. J. psychiatry.*, vol. 62,9 656–6, pp. 656–661, 2017.
4. N. Seiler, T. Nguyen, A. Yung, and B. O'Donoghue, "Terminology and assessment tools of psychosis: A systematic narrative review," *Psychiatry Clin. Neurosci.*, vol. 74, no. 4, pp. 226–246, 2020, doi: 10.1111/pcn.12966.
5. J. S. Meca, A. I. R. Alcázar, and J. O. Rodríguez, "Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: Meta-análisis de la literatura española," *Psicothema*, vol. 11, no. 3, pp. 641–654, 1999.
6. R. Erazo, "Hacia un modelo de diagnóstico precoz en las enfermedades mentales," *Rev. Médica Clínica Las Condes*, vol. 21, no. 5, pp. 684–695, 2010, doi: 10.1016/s0716-8640(10)70589-7.
7. D. Bosnjak Kuharic, I. Kekin, J. Hew, M. Rojnic Kuzman, and L. Puljak, "Interventions for prodromal stage of psychosis," *Cochrane Database Syst. Rev.*, vol. 2019, no. 11, 2019, doi: 10.1002/14651858.CD012236.pub2.
8. J. Addington, M. Farris, J. Stowkowy, O. Santesteban-Echarri, P. Metzák, and M. S. Kalthil, "Predictors of Transition to Psychosis in Individuals at Clinical High Risk," *Curr. Psychiatry Rep.*, vol. 21, no. 6, 2019, doi: 10.1007/

- s11920-019-1027-y.
9. H. Janssen, A. Maat, M. I. E. Slot, and F. Scheepers, "Efficacy of psychological interventions in young individuals at ultra-high risk for psychosis: A naturalistic study," *Early Interv. Psychiatry*, no. August 2020, pp. 1019–1027, 2020, doi: 10.1111/eip.13048.
 10. S. K. Parker, L. D. Mulligan, P. Milner, S. Bowe, and J. E. Palmier-Claus, "Metacognitive Therapy for Individuals at High Risk of Developing Psychosis: A Pilot Study," *Front. Psychol.*, vol. 10, no. January, pp. 1–10, 2020, doi: 10.3389/fpsyg.2019.02741.
 11. J. P. Miron and A. Abdel-Baki, "Cognitive-behavioural therapy can prevent transition to psychosis in ultra-high-risk participants in the long term," *Evid. Based. Ment. Health*, vol. 20, no. 2, pp. 2016–2018, 2017, doi: 10.1136/eb-2016-102569.
 12. A. Pozza and D. Dèttore, "Modular cognitive-behavioral therapy for affective symptoms in young individuals at ultra-high risk of first episode of psychosis: Randomized controlled trial," *J. Clin. Psychol.*, vol. 76, no. 3, pp. 392–405, 2020, doi: 10.1002/jclp.22901.
 13. S. (2020). M. B. in C. T. M. C.-B. T. for A. S. in Y. I. at U.-H. R. of F. E. of P. R. C. T. Fusar-Poli, P., Rada, J., McKenna, P. J., Laws, K., Davies, C., & Jauhar, "Methodological Biases in CBT Trial—Commentary: Modular Cognitive-Behavioral Therapy for Affective Symptoms in Young Individuals at Ultra-High Risk of First Episode of Psychosis: Randomized Controlled Trial," *Front. Psychiatry*, no. 11, 2020, doi: doi:10.3389/fpsyg.
 14. M. Kommescher *et al.*, "Coping as a predictor of treatment outcome in people at clinical high risk of psychosis," *Early Interv. Psychiatry*, vol. 10, no. 1, pp. 17–27, 2016, doi: 10.1111/eip.12130.
 15. T. C. Montreuil, A. K. Malla, R. Joober, C. Bélanger, G. Myhr, and M. Lepage, "Manualized group cognitive-behavioral therapy for social anxiety in at-risk mental state and first episode psychosis: A pilot study of feasibility and outcomes," *Int. J. Group Psychother.*, vol. 66, no. 2, pp. 225–245, 2016, doi: 10.1080/00207284.2015.1106190.
 16. H. J. Stain, L. Mawn, S. Common, M. Pilton, and A. Thompson, "Research and practice for ultra-high risk for psychosis: A national survey of early intervention in psychosis services in England," *Early Interv. Psychiatry*, vol. 13, no. 1, pp. 47–52, 2019, doi: 10.1111/eip.12443.
 17. B. Nelson *et al.*, "NEURAPRO: A multi-centre RCT of omega-3 polyunsaturated fatty acids versus placebo in young people at ultra-high risk of psychotic disorders - Medium-term follow-up and clinical course," *npj Schizophr.*, vol. 4, no. 1, 2018, doi: 10.1038/s41537-018-0052-x.
 18. G. P. Amminger *et al.*, "Long-Chain -3 Fatty Acids for Indicated Prevention of Psychotic Disorders," *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 67, no. 2, p. 146, 2010, doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.192.
 19. J. A. Hartmann *et al.*, "Trajectories of symptom severity and functioning over a three-year period in a psychosis high-risk sample: A secondary analysis of the Neurapro trial," *Behav. Res. Ther.*,

- vol. 124, no. November 2019, p. 103527, 2020, doi: 10.1016/j.brat.2019.103527.
20. A. P. Morrison *et al.*, “Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: Randomised controlled trial,” *Br. J. Psychiatry*, vol. 185, no. OCT., pp. 291–297, 2004, doi: 10.1192/bjp.185.4.291.
 21. P. D. McGorry *et al.*, “Effect of ω -3 polyunsaturated fatty acids in young people at ultrahigh risk for psychotic disorders: The NEURAPRO randomized clinical trial,” *JAMA Psychiatry*, vol. 74, no. 1, pp. 19–27, 2017, doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.2902.
 22. I. E. Sommer *et al.*, “Early interventions in risk groups for schizophrenia: What are we waiting for?,” *npj Schizophr.*, vol. 2, no. December 2015, 2016, doi: 10.1038/npjpsychz.2016.3.
 23. N. 178. . National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014. (NICE Clinical Guidelines, “Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition 2014.”) 2014.
 24. Y. Landa *et al.*, “Development of a group and family-based cognitive behavioural therapy program for youth at risk for psychosis,” *Early Interv. Psychiatry*, vol. 10, no. 6, pp. 511–521, 2016, doi: 10.1111/eip.12204.
 25. P. A. Gaspar *et al.*, “Early psychosis detection program in Chile: A first step for the South American challenge in psychosis research,” *Early Interv. Psychiatry*, vol. 13, no. 2, pp. 328–334, 2019, doi: 10.1111/eip.12766.
 26. P. Fusar-Poli *et al.*, “Prevention of Psychosis: Advances in Detection, Prognosis, and Intervention,” *JAMA Psychiatry*, vol. 77, no. 7, pp. 755–765, 2020, doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.4779.