

Revisión

Detección y modificación de esquemas desadaptativos en la prevención de un primer episodio psicótico en la esquizofrenia

FLORENCIA CATRI

FLORENCIA CATRI
Licenciada en Psicología.
Universidad del Museo
Social Argentino (UMSA).
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

La esquizofrenia es una de las enfermedades más discapacitantes a nivel mundial. Es por esto que trabajar en su prevención resulta fundamental. Si bien muchos programas de intervención temprana han abordado la prevención de la esquizofrenia mediante el uso de la terapia cognitiva, ninguno le ha otorgado demasiada importancia al concepto de esquemas cognitivos. Los esquemas se postulan como la estructura más básica y profunda de la organización cognitiva que regula el procesamiento de la información y le otorga significado a las experiencias. Los esquemas desadaptativos producen interpretaciones sesgadas de la realidad, propias de una gran cantidad de trastornos, entre ellos la esquizofrenia. Mediante una búsqueda bibliográfica exhaustiva en distintas bases de datos, seguida de una selección y análisis crítico de la misma, el objetivo de este trabajo fue argumentar acerca de la importancia de la detección y modificación temprana de esquemas desadaptativos en la prevención de un primer episodio psicótico en la esquizofrenia.

Palabras claves: Terapia cognitiva – Esquemas cognitivos – Esquizofrenia paranoide.

Detection and Modification of Maladaptive Schemas to Prevent a First Psychotic Episode in Schizophrenia

Schizophrenia is one of the most disabling diseases worldwide. That is why it is crucial to work on its prevention. While several early intervention programs worked on preventing schizophrenia by implementing cognitive therapy, none of them focused on cognitive schemata. Schemata are the most basic and deep structure of cognitive organization. Schemata regulate information processing and provide meaning to experiences. Maladaptive schemata produce biased interpretations of reality, typical of a large number of disorders, including schizophrenia. The aim of this paper is to argue about the importance of early detection and modification of maladaptive schemes in preventing a first psychotic episode in schizophrenia. The methodology used is the comprehensive literature search in various databases, followed by a selection of the literature and its critical analysis.

Keywords: Cognitive Therapy – Cognitive Schemata – Paranoid Schizophrenia.

CORRESPONDENCIA
Lic. Florencia Catri
Cálcena 308, 1er piso,
C1406BLD.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina;
catriflor@hotmail.com

Introducción

La esquizofrenia es una de las enfermedades más discapacitantes a nivel mundial debido a la gravedad y cronicidad de sus síntomas. Según los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ta edición (DSM-5) [2], se caracteriza por la presencia de dos o más de los siguientes síntomas, los cuales están presentes una parte significativa de tiempo durante un período de un mes. Al menos uno de ellos ha de ser el 1) el 2) o el 3): 1) Delirios. 2) Alucinaciones. 3) Discurso desorganizado. 4) Comportamiento desorganizado o catatónico. 5) Síntomas negativos.

Entre los cinco subtipos de esquizofrenia —desorganizado, catatónico, residual, indiferenciado y paranoide— el último (paranoide) es el más frecuente de todos y el que se ha abordado en este trabajo; su característica principal es la presencia de ideas delirantes o alucinaciones auditivas y un deterioro cognitivo mínimo o nulo.

Su curso consta de tres fases. En la fase prodrómica se produce el inicio y aumento de síntomas tales como retraimiento y aislamiento social, conductas peculiares o raras, afecto inapropiado y descuido del arreglo personal. Los individuos pueden presentar creencias inusuales o extravagantes, y tener experiencias perceptivas inusuales. Su discurso es comprensible en general, pero difuso. Su comportamiento, si bien poco habitual, no está gravemente desorganizado. En esta etapa también pueden aparecer los trastornos en el sueño, los cambios emocionales y cognitivos. Los síntomas negativos son frecuentes, y suelen ser graves [2]. Es en esta etapa en que se produce la mayor parte del deterioro; después del primer episodio psicótico se da el llamado efecto meseta, y los pacientes quedan más o menos estabilizados [18]. La duración del pródromo es altamente variable. Si bien Beiser, Erikson, Fleming & Iacono [6] reconocieron que en promedio esta etapa dura aproximadamente un año, encontraron algunos casos en los que el pródromo de la esquizofrenia se extendió por más de ocho años.

En la fase activa, los síntomas positivos de la esquizofrenia (las alucinaciones, los delirios, las perturbaciones en el pensamiento y la conducta) dominan el cuadro. En la fase residual, estos síntomas no son evidentes, ya que su gravedad disminuye y el deterioro es más leve [2].

Por otra parte, el DSM-5 reconoce factores de riesgo ambientales, genéticos y fisiológicos para esta enfermedad [2]. Otro factor a tener en cuenta es la duración de la psicosis no tratada (DPNT). Una DNPT larga puede acarrear como consecuencias un pobre pronóstico; mayor número de recaídas; mayor daño biológico; mayor déficit cognitivo [17].

A su vez, más de la mitad de los pacientes esquizofrénicos presenta algún trastorno psiquiátrico comórbido; los más frecuentes son la depresión, el trastorno por estrés post traumático, el trastorno por consumo de sustancias y el trastorno obsesivo compulsivo [3, 20]. El elevado costo económico de los tratamientos, sumado al mal pronóstico que tiene esta enfermedad cuando no se la atiende tempranamente, hacen que la prevención sea una labor fundamental que puede traer grandes beneficios a la sociedad [25]

Actualmente, existen decenas de programas de intervención temprana [35]. El primero que utilizó la terapia cognitiva fue el desarrollado por Yung, McGorry, McFarlane *et al.* [39], denominado Programa para la Valoración Personal y Evaluación de Crisis (PACE, por su sigla en inglés, *Personal Assessment and Crisis Evaluation*). Sus desarrollos fueron tomados como referentes por muchos programas posteriores [22, 26, 35]. El programa PACE sostuvo que existe un período previo al primer episodio psicótico, denominado de riesgo ultra alto (UHR, del inglés *ultra-high risk*) o riesgo clínico alto. También criticó el concepto de pródromo, ya que éste sólo puede inferirse retrospectivamente. No se puede designar con certeza a un grupo de síntomas como pertenecientes a un pródromo hasta que no hayan aparecido las primeras manifestaciones de la enfermedad. Los síntomas típicos del pródromo de la esquizofrenia como la ansiedad, los trastornos del sueño y del estado de ánimo pueden ser producto de otros trastornos. Es por esto que el programa PACE descartó este término y utilizó en su lugar el de estados mentales de alto riesgo [35, 39, 40].

Uno de los objetivos de este programa fue desarrollar una herramienta para poder detectar los falsos positivos (individuos que, a pesar de que sus síntomas eran muy similares a los del pródromo de una esquizofrenia, jamás padecerían este trastorno) y diferenciarlos de los denominados «falsos falsos positivos»

(pacientes que habrían desarrollado este trastorno de no ser por cierta intervención que previno ese desenlace). Esta herramienta fue la entrevista para la evaluación integral de los estados mentales de alto riesgo (CAARMS, *Comprehensive Assessment of at Risk Mental States*).

La CAARMS discrimina tres perfiles de riesgo ultra alto. Un primer perfil de vulnerabilidad, cuyos miembros poseen un familiar de primer grado psicótico, o padecen un trastorno esquizotípico de la personalidad. Otra característica es un deterioro significativo en la salud mental. En el segundo perfil se encuentran aquéllos que en algún momento de sus vidas presentaron síntomas psicóticos atenuados (ideas de referencia, creencias raras o pensamiento mágico, percepciones inusuales, ideación paranoide, comportamiento o conducta rara). Y por último, un perfil que se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos breves, limitados e intermitentes. Los pacientes de este grupo presentan los mismos síntomas que los del segundo perfil, pero su duración es menor [40].

Para validar estos perfiles de alto riesgo, el programa PACE realizó un estudio prospectivo; los resultados mostraron que el 40% de los participantes en situación de alto riesgo desarrolló una psicosis en el curso de los siguientes doce meses. El estudio consistió en la comparación de dos intervenciones: una general, basada en las necesidades, y otra preventiva, específica, que combinaba psicoterapia y tratamiento farmacológico durante seis meses. El grupo control recibió terapia de apoyo basada en necesidades, centrada en aspectos como las relaciones sociales y los problemas familiares. Al grupo experimental, por su parte, se le administró una dosis baja de medicación antipsicótica y terapia cognitiva. Esta última tenía como objetivos la comprensión de los síntomas experimentados, el aprendizaje de estrategias para el control de los mismos y la reducción del estrés asociado [35, 39]. La terapia poseía cuatro módulos: manejo y control del estrés; disminución de síntomas negativos; desarrollo de estrategias de afrontamiento de los síntomas positivos; y tratamiento de otros trastornos comórbidos [40]. La transición a la psicosis fue del 36% en los pacientes del grupo control, y del 10% en el grupo experimental. Los investigadores concluyeron entonces que es posible demorar, o incluso impedir el tránsito a la psicosis por medio de la medicación y la terapia cognitiva [35, 39].

Puesto que el programa PACE utilizó tanto medicación como psicoterapia, es difícil determinar cuál es el grado de eficacia de cada intervención por separado. Es por esto que Morrison, Bentall, French, *et al.* [25] diseñaron una prueba para evaluar sólo la eficacia de la terapia cognitiva en la prevención de la transición a la psicosis. Es así como surgió el Estudio de Evaluación de la Detección e Intervención Temprana (EDIE, del inglés *Early Detection and Intervention Evaluation*) [25, 26, 35].

La terapia utilizada por el programa EDIE se basó en el modelo cognitivo desarrollado por Morrison [23]. En este tipo de terapia, terapeuta y paciente realizan una formulación del caso, y trabajan conjuntamente los problemas a solucionar y los objetivos a cumplir. Estos últimos deben ser específicos, medibles, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo. Para alcanzarlos, la terapia se vale del diálogo socrático y de la asignación de tareas a realizar fuera de las sesiones. La terapia es educativa y limitada en el tiempo. Educativa, porque se insiste en que el «cliente»¹ comprenda el proceso terapéutico y sea capaz de evaluar sus propias cogniciones. Limitada en el tiempo, ya que utiliza un promedio de doce sesiones. Por último, cabe destacar la importancia de establecer una relación de colaboración con el cliente durante todo el proceso [16]. En el programa EDIE, el 22% de los pacientes del grupo control realizó una transición a la psicosis; del grupo experimental, sólo el 6%. Estos resultados mostraron entonces que la terapia cognitiva es efectiva para reducir la transición a la psicosis [26, 35].

Pocos años después que el programa PACE fuera creado, el equipo de la Universidad de Yale fundó la Clínica para la Prevención por Educación, Identificación y Manejo de Riesgo (PRIME), que también investigó los síntomas prodrómicos en la esquizofrenia. Basándose en los perfiles de riesgo ultra alto del programa PACE, la clínica PRIME llevó a cabo estudio similar al de Yung *et al.*; al cabo de un año, el 54% de los participantes desarrollaron un trastorno psicótico [22].

¹ Ciertas terapias breves consideran negativa la denominación de «paciente» por su significación («ser que padece»), y prefieren utilizar el término «cliente» para designar a quien consulta. No obstante, ambos términos son utilizados indistintamente en la literatura sobre estas terapias.

El programa de Detección e Intervención Temprana en Psicosis de Torrelavega, por su parte, utilizó los aportes de los estudios anteriores. En un estudio realizado con pacientes en situación de riesgo ultra alto, este programa obtuvo una tasa de transición a la psicosis del 26, 7% [35].

Si bien existen decenas de programas de intervención temprana [35], éstos no tuvieron en cuenta el concepto de esquemas cognitivos.

Los esquemas cognitivos pueden definirse como patrones cognitivos estables en los que está basada la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado número de situaciones [5]. Los esquemas aportan la base para transformar los datos en cogniciones, y determinan cómo un individuo estructura distintas experiencias. La base para su construcción está dada por las distintas experiencias que atraviesa el sujeto a lo largo de su vida. Cuando los esquemas son adaptativos, regulan adecuadamente el procesamiento de la información. Cuando no lo son, generan interpretaciones sesgadas de la realidad, las cuales son características de una gran cantidad de trastornos, incluyendo la esquizofrenia [4].

Objetivo. El objetivo general de este trabajo consiste en argumentar acerca de la importancia de la detección y modificación temprana de estos esquemas desadaptativos para la prevención de un primer episodio psicótico en la esquizofrenia.

Metodología

Se procedió, en primer lugar, a indagar las discusiones relacionadas con la descripción de un modelo de esquizofrenia para la terapia cognitiva. En segundo lugar, a revisar en la literatura publicada la descripción de los esquemas desadaptativos presentes en la esquizofrenia. Por último, se procedió a sistematizar las diferentes técnicas propuestas para la detección de los esquemas desadaptativos, así como también para su posterior modificación.

A fin de realizar una descripción clara de la información recabada, el presente trabajo se divide en tres apartados. El primero, describe los aportes que distintos autores realizan al modelo que propone la terapia cognitiva sobre la esquizofrenia; se enfatiza el papel que cumplen los esquemas en la génesis de la enfermedad. En el

segundo apartado se analiza en mayor profundidad el concepto de esquema; se tienen en consideración dos posturas teóricas: la propuesta por la terapia cognitiva y la propuesta por la terapia de esquemas. Por último, en el tercer apartado se exponen las principales herramientas propuestas para la detección de los esquemas, y las técnicas utilizadas para su modificación.

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica exhaustiva en las bases de datos Scielo, Redalyc, Dialnet y PubMed; las palabras claves utilizadas fueron las siguientes: «esquizofrenia», «terapia cognitiva», «esquemas», «prevención», «detección temprana», «modificación» (en inglés, “*schizophrenia*”, “*cognitive therapy*”, “*schemas*”, “*prevention*”, “*early detection*”, “*modification*”). También se tuvieron en cuenta los libros publicados por los principales exponentes de la temática seleccionada.

Resultados

a) Modelos cognitivos de la esquizofrenia

La terapia cognitiva sostiene que los síntomas psicóticos se encuentran en un *continuum* con las experiencias normales [20, 23]. De hecho, se estima que aproximadamente el 25% de la población general experimentó alucinaciones al menos una vez en la vida [4, 20, 23] y aproximadamente el 30%, ideas paranoides [4]. Sin embargo, las alucinaciones en individuos con trastornos psicóticos tienden a ser más negativas y a estar asociadas con un mayor nivel de estrés que en la población general [20].

La esquizofrenia es considerada una patología multicausal [17]. Siguiendo a Cuevas-Yust [11], existen distintos grados de vulnerabilidad biológica a la esquizofrenia en la población general, los cuales, junto a ciertos procesos psicológicos y socioambientales, harían probable la aparición de un episodio psicótico en una persona determinada. Es decir, factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en su etiología.

Uno de los primeros modelos cognitivos sobre la sintomatología psicótica fue el propuesto por Chadwick & Birchwood [10] respecto a las alucinaciones auditivas. Las alucinaciones pueden ser definidas como experiencias perceptuales en ausencia de estímulos externos, que no se encuentran bajo el control voluntario del individuo [2]. La idea central de Chadwick & Birchwood [10] era que el grado de temor, aceptación y conformidad

de los pacientes con lo dicho por las voces está mediado por las creencias que éstos tienen sobre las mismas; en consecuencia, los autores propusieron trabajar con esas creencias. Un estudio reciente indica que las creencias negativas acerca de las voces están relacionadas con esquemas negativos sobre uno mismo [34].

Por su parte, Morrison [23] consideró a las alucinaciones como respuestas normales a determinados eventos o estresores. Siguiendo el modelo propuesto por este autor, una alucinación auditiva normal se produce como efecto de un estresor. La alucinación es percibida como amenazante, lo que conduce a un estado de ánimo negativo, y a un estado de alerta psicológica; estos estados traen como consecuencia la producción de más alucinaciones, generando así un círculo vicioso. Asimismo, el individuo utiliza conductas de seguridad para evitar la amenaza percibida. Pero de esta manera, también evita encontrarse con evidencia que podría refutar lo escuchado en las alucinaciones. Los contenidos de las alucinaciones reflejan el contenido de los esquemas cognitivos. Las voces que versan sobre las experiencias tempranas o son muy críticas con el paciente, revelan esquemas negativos sobre ellos mismos y los demás [24].

En una línea similar a Morrison, Freema, Garety, Kuipers, *et al.* [15] propusieron un modelo explicativo de los delirios persecutorios. Los delirios pueden definirse como creencias fijas e irreducibles a pesar de evidencia de lo contrario [2]. Según este modelo, existe una vulnerabilidad cognitiva permanente, caracterizada por la presencia de esquemas negativos sobre uno mismo y los demás. Estos esquemas representan al yo como vulnerable y a los demás, como hostiles y amenazantes. La formación de un delirio persecutorio comienza con un estresor. Este estresor precipita un aumento del *arousal*; en individuos con vulnerabilidad a la psicosis, este *arousal* genera una confusión entre lo interno y lo externo, lo que lleva al paciente a vivir experiencias anómalas. Estas experiencias precipitan una búsqueda de significado. En esta búsqueda, los esquemas sobre el sí mismo, los otros y el mundo entran en juego. Estos esquemas pueden influenciar el procesamiento de la información y llevar a que se genere una sensación de amenaza en el contexto de una experiencia psicótica, resultando en la explicación delirante de este evento [15].

Addington & Tran [1] sostienen que los esquemas negativos sobre uno mismo y los demás están relacionados con síntomas psicóticos atenuados. A su vez, un estudio reciente encontró una relación entre esquemas negativos y experiencias psicóticas en la niñez [27].

Por otra parte, existen dos sesgos que contribuyen al mantenimiento del delirio. El sesgo confirmador, que consiste en seleccionar las pruebas que apoyan las propias conclusiones; y el sesgo antirefutador, que descarta cualquier consideración de evidencia de lo contrario. Otros sesgos presentes incluyen el sesgo externalizador, que genera una tendencia a atribuir la culpa de los eventos negativos a un agente externo; y el sesgo de saltar a conclusiones, el cual limita la cantidad de información acumulada para apoyar una explicación [15]. Este último sesgo está presente en niños que padecieron experiencias inusuales o psicóticas asociadas a un elevado nivel de estrés [19].

Beck, Rector, Stolar *et al.* [4] utilizan los aportes de los modelos ya mencionados y proponen un modelo cognitivo de la formación y el mantenimiento de las alucinaciones, el cual presenta los siguientes componentes:

- Predisposición a la imagería auditiva. Los pacientes con alucinaciones presentan un bajo umbral para la producción de imágenes.
- Creencias y cogniciones hiperactivas. Los esquemas generan cogniciones teñidas por la emoción, así como también otras cogniciones como órdenes, evaluaciones y reflexiones.
- Progresión de las cogniciones calientes a voces. Las cogniciones mencionadas tienden a transformarse fácilmente en alucinaciones auditivas. Los pensamientos en primera persona se convierten en voces en segunda persona. Cabe destacar que lo dicho por estas voces se encuentra en un *continuum* temático con los comentarios que otras personas realizan acerca del paciente.
- Perceptualización. Las cogniciones superan el umbral de la producción de imágenes no intencionadas, por lo que se perciben como sonidos producidos externamente.
- Desinhibición. Las restricciones normales a la producción de imágenes involuntarias son débiles, lo cual facilita el proceso de perceptualización.
- Sesgo externalizador. Además de presentarse en los delirios persecutorios, el sesgo externalizador también se encuentra en las

alucinaciones. En ellas, el sí mismo es percibido como el objeto (que recibe) más que como el generador de las voces.

- Sesgos de razonamiento. El razonamiento circular, el razonamiento basado en emociones, y el basado en sensaciones somáticas mantienen la creencia en el origen externo de las voces.

- Examen de realidad deficiente. La capacidad de estos pacientes para distanciarse de las propias creencias e interpretaciones y considerar que podrían estar equivocadas se encuentra disminuida. La pobre detección y corrección de errores, el exceso de confianza en los propios juicios, y la falta de reevaluación colaboran en el mantenimiento tanto de los delirios como de las alucinaciones.

Respecto a los delirios, Beck *et al.* [4] los definen como anormalidades en el procesamiento de la información. La creencia patológica toma control del procesamiento de la información, por lo que todas las interpretaciones que el sujeto hace de la realidad muestran un sesgo sistemático refractario a la lógica o a la evidencia.

Existen tres sesgos centrales en los delirios paranoides: enfoque autocentrado adelantado, *locus* de causación externa y atribución de la intencionalidad. Respecto al primero, existe una profunda orientación egocéntrica en los pacientes esquizofrénicos, que originan las atribuciones autorreferenciales de eventos irrelevantes. Este sesgo autorreferencial refleja la creencia subyacente de los pacientes de que son el principal foco de atención de los demás, y objeto de su malevolencia o benevolencia. Respecto al *locus* de causación externa, los pacientes atribuyen ciertas experiencias psíquicas o emocionales a la manipulación o intrusión de otras entidades. Por último, la característica central del tercer sesgo es la indiscriminada atribución de intenciones positivas o negativas a los demás; los pacientes creen que determinados eventos son causados por las actitudes y sentimientos que los otros tienen para con ellos. En línea con los autores ya mencionados, el contenido de los delirios es una extensión de las creencias que poseía el paciente antes de que el síntoma se formara [4]. La comprensión de esas creencias puede proporcionar pistas directas a la formación y el contenido de los delirios. Por ejemplo, los delirios de grandeza pueden desarrollarse como compensación de un sentimiento subyacente de impotencia. Por

su parte, los antecedentes de un delirio paranoide pueden incluir el temor a represalias por haber hecho algo que ofendió a otra persona.

Asimismo, existe cada vez más evidencia que, años antes de que se desencadene la psicosis, se presentan situaciones adversas o traumáticas tales como *bullying*, abuso sexual o amenazas [8, 16, 20, 23, 24]. Estas situaciones suelen estar muy relacionadas con los síntomas positivos que presenta el paciente; muchas personas con ideas persecutorias han tenido experiencias de persecución genuinas en la infancia o la adultez temprana [24]. Considerando cómo estos eventos traumáticos impactan en la formación de esquemas negativos sobre el sí mismo, los otros y el mundo, Kuipers, Garety, Fowler *et al.* [20] afirman que las intervenciones terapéuticas deberían trabajar a nivel de los esquemas.

b) Modelos de los esquemas cognitivos

El concepto de esquema, junto a los de tríada cognitiva y errores cognitivos, son centrales en el modelo cognitivo de la depresión desarrollado por Beck [5]. Según este modelo, los esquemas son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de la realidad. Los esquemas proporcionan la base para transformar los datos en cogniciones, es decir, para localizar, diferenciar y codificar los estímulos con que se enfrenta el individuo, y atribuirles distintas significaciones. Determinan cómo un individuo estructura distintas experiencias. No aparecen de un día para el otro. La base para la construcción de los esquemas está dada por las distintas experiencias que atraviesa el individuo a lo largo de su vida.

Los esquemas pueden clasificarse según sean adaptativos o desadaptativos. Los esquemas adaptativos regulan adecuadamente el procesamiento de la información, y proporcionan significado a las experiencias. Los esquemas desadaptativos, por su parte, son rígidos e impermeables. Al volverse cada vez más activos, son evocados por estímulos que cada vez poseen menos relación lógica con ellos. Cuando esto pasa, se producen distorsiones en la manera en la que el individuo ve la realidad, y éste se ve cada vez más incapacitado para considerar que sus interpretaciones pueden ser erróneas [5].

Los trastornos psicológicos se caracterizan por

la activación de esquemas desadaptativos que dirigen el procesamiento de la información, produciendo distorsiones cognitivas [9]. Cuando la psicopatología está presente, ciertos esquemas se vuelven dominantes y producen las cogniciones típicas de los trastornos: las autodegradantes, en la depresión; las autorrealzantes, comunes en la manía; las cogniciones relacionadas con el peligro o amenaza, que acompañan a la ansiedad; las relacionadas a peligros específicos, a las fobias; las cogniciones persecutorias, propias de la paranoia; y las relacionadas a advertencias y dudas, típicas del trastorno obsesivo compulsivo [4]. Todas estas cogniciones específicas son comunes en la esquizofrenia, así como también en otros trastornos psicóticos. En el caso de esta enfermedad, los esquemas desadaptativos son los responsables de las interpretaciones que determinan los delirios y las alucinaciones [4]. Según estudios recientes, los esquemas desadaptativos también están presentes en personas en situación de alto riesgo clínico de desarrollar una psicosis [31, 32, 33].

Por otra parte, según French & Morrison [16], el principal esquema presente en la esquizofrenia es el esquema weirdness o de rareza. Otros esquemas que los autores reconocen son los de inutilidad, desvalorización, culpabilidad, impotencia y maldad.

A pesar de su papel central en el origen de los trastornos, los esquemas fueron dejados de lado por la terapia cognitiva, a favor de otros componentes de la organización cognitiva como los pensamientos automáticos y los supuestos subyacentes [38]. Es por esto que durante la década de los noventa, Young creó la denominada terapia de esquemas. Beck dijo hace más de treinta años que los esquemas son el núcleo de los trastornos; Young entonces propone trabajar con ellos.

Young, Klosko & Weishaar [38] realizaron una sistematización de los denominados esquemas precoces desadaptativos. Estos son patrones cognitivos y emocionales que aparecen en etapas tempranas del desarrollo y se repiten a lo largo de la vida. Comprometen los recuerdos, emociones y sensaciones corporales que conciernen al sí mismo y a los demás. Los esquemas precoces desadaptativos se autoperpetúan, por lo que son muy difíciles de cambiar; son disfuncionales, por lo que mantenerlos trae conse-

cuencias negativas. Se originan cuando alguna de las necesidades emocionales básicas (seguridad básica y afecto seguro, autonomía, libertad para expresar las propias emociones, espontaneidad y límites y auto-control) no se satisface en la infancia [30, 38].

Young *et al.* [38] definieron dieciocho de estos esquemas, a los cuales dividieron en cinco dimensiones. La primera de estas dimensiones es la de desconexión y rechazo. Se refiere a pacientes que son incapaces de formar vínculos seguros y satisfactorios con otros; creen que sus necesidades de estabilidad, seguridad y amor no se verán satisfechas. Los esquemas que aparecen entonces son de abandono/inestabilidad, desconfianza/abuso, privación emocional, imperfección/vergüenza y aislamiento social/alienación.

La segunda dimensión es la de perjuicio en autonomía y desempeño. Se refiere a pacientes que presentan dificultades para diferenciarse de sus figuras parentales y funcionar de manera independiente; en consecuencia, no pueden formar su propia identidad y fijar sus objetivos. Los esquemas propios de este dominio son los de dependencia/incompetencia, vulnerabilidad al daño, enmarañamiento/Yo inmaduro y fracaso.

La tercera dimensión es la de límites inadecuados. Los pacientes que se encuentran en este dominio no desarrollaron límites internos adecuados en relación a la reciprocidad o la auto-disciplina. Pueden presentar dificultades para respetar los derechos de otros, mantener promesas o cumplir objetivos a largo plazo. Dos esquemas son propios de este dominio: el esquema de grandiosidad y el esquema de autocontrol/autodisciplina insuficiente.

En la dimensión de tendencia al otro se encuentran aquellos pacientes que ponen demasiado énfasis en satisfacer las necesidades de los demás, en vez de las propias. Los esquemas que presentan son los de subyugación, auto sacrificio y búsqueda de aprobación.

Por último, la quinta dimensión es la de supervigilancia e inhibición. Se refiere a pacientes que suprimen su espontaneidad, y poseen reglas muy rígidas sobre su propio desempeño. Los esquemas propios de este dominio son los de

negativismo/pesimismo, de inhibición emocional, de estándares inflexibles y de punitividad [30, 38].

Bortolon, Boulenger, Gély-Nargeot *et al.* [8] realizan un estudio para indagar qué esquemas precoces desadaptativos están presentes en la esquizofrenia. El estudio demuestra que los síntomas positivos de esta enfermedad están asociados con los esquemas de enmarañamiento/Yo inmaduro, fracaso, desconfianza/abuso, subyugación, aislamiento emocional y vulnerabilidad al daño.

c) Detección y modificación de esquemas desadaptativos

Los esquemas pueden ser detectados mediante el uso de distintas técnicas. Entre ellas se encuentran la Escala de actitudes disfuncionales [36]; la técnica de la flecha descendente [4, 16]; el Cuestionario de esquemas de Young [37]; la Escala breve de esquemas básicos [13]; y las técnicas propuestas por Padesky [28].

Uno de los primeros test elaborados para evaluar esquemas fue la Escala de actitudes disfuncionales, creada por Weisman y Beck [36]. La escala tiene como base teórica el modelo cognitivo de la depresión; su objetivo es evaluar los supuestos o creencias subyacentes de dicho trastorno. Presenta cuarenta ítems, y a cada uno le corresponden siete respuestas categoriales posibles: totalmente de acuerdo; muy de acuerdo; ligeramente de acuerdo; neutral; ligeramente en desacuerdo; muy en desacuerdo; totalmente en desacuerdo. Tomando el polo de acuerdo, a la primera respuesta categorial le corresponde un puntaje de uno, a la segunda de dos, a la tercera de tres, etc. Cuanto más alto es el puntaje total, más distorsionado se encuentra el modo de pensar del individuo. La escala posee un elevado nivel de confiabilidad y validez. Los individuos que presentan ideas delirantes obtienen puntuaciones altas en este test [7]; lo mismo ocurre con aquellos que se encuentran en situación de alto riesgo clínico de desarrollar una psicosis [29].

Por otra parte, la técnica de la flecha descendente es una de las más comunes, y permite acceder a los esquemas con facilidad. Mediante el cuestionamiento de alguna creencia del paciente, se revela el esquema que la genera [4, 16]. A su vez, el Cuestionario de esquemas de Young se basa en la teoría desarrollada por

este autor. Actualmente, se utiliza la tercera edición de este test; su versión corta consta de noventa ítems. Cada ítem presenta seis respuestas categoriales posibles, las cuales reflejan el grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de ellos. Cuanto más elevado sea el grado de acuerdo, mayor es el puntaje obtenido. Las puntuaciones más altas son indicadoras de esquemas precoces desadaptativos [21, 37].

La Escala breve de esquemas básicos es un test desarrollado por Fowler, Freeman, Smith *et al.* [13] para determinar, de manera rápida y fácil, las evaluaciones extremistas acerca del sí mismo y los demás que están presentes en la psicosis. Esta escala permite evaluar cómo la persona se ve a sí misma y cómo ve a los demás, si de manera positiva o negativa. Presenta veinticuatro ítems referentes a las creencias acerca de uno mismo y los demás; se obtienen cuatro puntajes: *self*-negativo, *self*-positivo, otros-negativo y otros-positivo. La escala posee adecuados niveles de consistencia interna, estabilidad y confiabilidad [14].

Por último, Padesky [28] sostenía que los esquemas pueden identificarse por medio de preguntas. A fin de indagar los esquemas que el paciente posee sobre sí mismo y los demás, el terapeuta puede preguntar por las opiniones del paciente sobre él mismo y los demás. Las técnicas de terminación de oraciones, por su parte, también pueden resultar de utilidad para detectar esquemas. Ya que éstos generalmente son absolutos, las oraciones pueden ser completadas con una sola palabra que los identifica. Es importante que los esquemas sean expresados con las palabras textuales del paciente. De esta manera, la emoción ligada a ellos será más fuerte, y el impacto generado por su modificación, más significativo.

Por otra parte, la modificación de esquemas desadaptativos puede lograrse mediante el uso de las denominadas técnicas de reestructuración cognitiva desarrolladas por Beck, Rush, Shaw *et al.* [5]. También resultan de utilidad para esta tarea las técnicas elaboradas por Young y col. [38], y las propuestas por Padesky [28].

Las técnicas desarrolladas por Beck *et al.* [5] pueden dividirse en cognitivas y conductuales, y tienen por objetivo disuadir al paciente de sus creencias erróneas. Algunas de las técnicas conductuales son la programación de actividades,

la cual es útil para contrarrestar la escasa motivación de los pacientes; y el *role-playing*, el cual puede emplearse para mostrarle al paciente un punto de vista alternativo, o para provocar en él una respuesta de auto comprensión. Las técnicas cognitivas, por su parte, apuntan a proporcionar puntos de entrada en la organización cognitiva del paciente. Entre ellas están la detección de pensamientos automáticos (para posteriormente examinarlos y someterlos a una prueba de realidad), y la búsqueda de soluciones alternativas.

Por su parte, Young *et al.* [38] formularon una serie de pautas para modificar esquemas. Para el enfoque de la terapia de esquemas, terapeuta y paciente realizan una conceptualización del caso, y conciertan un tratamiento orientado a los esquemas que comprende estrategias a) cognitivas, b) experienciales y c) conductuales.

a) En lo que respecta a las estrategias cognitivas, éstas atacan la validez del esquema en un nivel racional. Se utilizan las mismas estrategias que en otros modelos cognitivos. Por ejemplo, el armado de una lista con evidencia a favor y en contra de los esquemas. En la mayoría de los casos, la evidencia prueba que el esquema es falso. Una vez llevados a cabo estos ejercicios, la evidencia en contra del esquema es resumida y escrita en una tarjeta que el paciente lleva con él todo el tiempo. b) Las técnicas experienciales atacan al esquema en un nivel emocional. Las técnicas de imaginación permiten al paciente expresar la ira y la tristeza acerca de situaciones ocurridas cuando eran niños. Mediante estas técnicas, se confronta a la imagen parental y otras figuras significativas en la infancia, y se protege y conforta al niño vulnerable. Esto permite romper el círculo vicioso de perpetuación del esquema a un nivel emocional. c) Respecto a las técnicas conductuales, el terapeuta ayuda al paciente a diseñar tareas conductuales para reemplazar modos disfuncionales de afrontamiento, con otros patrones nuevos y más adaptativos [38]. Por ejemplo, puede solicitarse a un paciente con un esquema de imperfección/vergüenza que intente entablar nuevas amistades [30, 38].

Por último, la relación terapeuta-paciente también puede utilizarse para modificar los esquemas, mediante la instancia de confrontación empática y el uso de crianza limitada. La confrontación empática consiste en demostrar em-

patía por los esquemas del paciente cuando éstos van dirigidos al terapeuta, a la vez que se muestra al paciente que sus reacciones son disfuncionales o se encuentran distorsionadas. La crianza limitada consiste en proveer, dentro de los límites de la relación terapéutica, aquello que los pacientes necesitaban pero que no obtuvieron de sus padres durante la infancia; es decir, el terapeuta se comporta como un padre del paciente, y le aporta un antídoto parcial para las necesidades que no han sido adecuadamente satisfechas durante la infancia [30, 38].

Por su parte, Padesky [28] sostuvo que, una vez identificados los esquemas desadaptativos, terapeuta y cliente deben buscar esquemas alternativos. En general, estos esquemas se encuentran en el extremo opuesto a los esquemas desadaptativos. Las técnicas de modificación de esquemas que propuso apuntan a debilitar los esquemas desadaptativos y fortalecer los esquemas alternativos.

La primera de estas técnicas se denomina método de *continuum*. Puesto que los esquemas desadaptativos y los alternativos se encuentran en extremos opuestos, se le solicita al cliente que elabore un *continuum* entre estos extremos, y ubique a otras personas y a él mismo en ese *continuum*. Otra técnica consiste en construir un criterio para el *continuum*. Como éste es algo abstracto, los clientes suelen otorgarse puntajes extremos. Padesky [28] propuso cuestionar los criterios que definen un esquema, de manera que el cliente pueda percibir las distorsiones en el procesamiento de la información que éstos generan.

El registro de datos positivos es una técnica que consiste en que el cliente lleve un registro de los datos que confirman el esquema alternativo. El terapeuta también puede ayudar al cliente a encontrar esta información durante la terapia. Las técnicas de *continuum* pueden combinarse con la de registro de datos positivos.

Otra técnica consiste en la evaluación histórica de los esquemas. Ya que éstos se construyen a lo largo de la vida, el terapeuta le solicita al cliente que divida su vida en distintos periodos, y analice la evidencia a favor y en contra de un determinado esquema en cada uno de ellos. Posteriormente, la evidencia puede ser reevaluada mediante el cuestionamiento socrático.

Por último, el uso del psicodrama también puede resultar de utilidad. Se le solicita al cliente que actúe una situación de su pasado donde el esquema estuvo activo. La representación hará que éste se active, y entonces se podrá trabajar con él en ese momento [28].

Morrison [24] propone la técnica de encuesta o sondeo. El cliente selecciona un grupo de personas en quien confía y les realiza una serie de preguntas. Por ejemplo, si siente que es anormal o distinto al resto, puede preguntarle a gente de su confianza si alguna vez se sintieron así también; de esta manera, el cliente puede reunir evidencia que refuta sus creencias. A su vez, Fielding-Smith, Hayward, Strauss *et al.* [12] proponen la combinación de técnicas conductuales y de *mindfulness* para modificar esquemas. También recalcan la importancia de reforzar los esquemas positivos; esto puede lograrse mediante el uso de métodos conductuales que promueven el contacto social y ocupacional o trabajan la asertividad.

Conclusiones

Como se mencionó anteriormente, la gravedad y cronicidad de sus síntomas hacen de la esquizofrenia una de las enfermedades más discapacitantes a nivel mundial. Por lo tanto, trabajar en su prevención resulta fundamental.

La esquizofrenia es una patología multicausal, y existen factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en su etiología [17]. Si bien sólo han sido abordados los factores psicológicos, en este trabajo se considera que los tres grupos de factores deben ser tenidos en cuenta para que la prevención sea completa. Decenas de programas se han ocupado de la prevención de esta enfermedad desde la terapia cognitiva [35], obteniendo buenos resultados: efectivamente, los programas de intervención temprana indican que es posible evitar el desarrollo de la esquizofrenia en individuos en situación de alto riesgo clínico. Sin embargo, ninguno de estos estudios tiene en cuenta el concepto de esquemas, a pesar de que juegan un papel central en la formación de la sintomatología positiva (delirios y alucinaciones), tal como se explicó en el apartado a).

Retomando a Beck *et al.* [4], los esquemas se encuentran en la base de gran parte de los trastornos mentales.

Como se ha mencionado, los esquemas también están presentes en personas que cumplen con los perfiles de alto riesgo desarrollados por el programa PACE: diversos estudios indican que las personas en situación de alto riesgo clínico de desarrollar una psicosis, presentan esquemas desadaptativos [31, 32, 33]. A su vez, los esquemas negativos sobre uno mismo y los demás están relacionados con síntomas psicóticos atenuados [1]; y existe una relación entre esquemas negativos y experiencias psicóticas en la niñez [27].

En tanto que los esquemas desadaptativos están presentes en individuos en situación de alto riesgo clínico, puede inferirse que trabajar en su modificación antes de la aparición de la enfermedad podría resultar beneficioso. Estos esquemas se encuentran en la génesis de la sintomatología positiva; si se los modificara antes de que ésta aparezca, podría evitarse su desarrollo posterior. Si bien la modificación de esquemas es un proceso largo, también lo es el pródromo de la enfermedad [6]. Por lo tanto, es posible que la detección y modificación temprana de esquemas desadaptativos pueda contribuir a la prevención de un primer episodio psicótico.

Por otra parte, cabría preguntarse si los sesgos descriptos en los modelos cognitivos (sesgos confirmador y antirefutador, sesgo externalizador, sesgo de saltar a conclusiones, etc.) no se encuentran ya presentes en el pródromo de la esquizofrenia. De ser así, trabajar con ellos antes de la aparición de un primer brote psicótico también podría contribuir a prevenir el desarrollo de este trastorno.

A su vez, dada la cantidad de estudios que muestran la relación entre experiencias traumáticas tempranas y los síntomas positivos, podría considerarse a las primeras como un factor de riesgo de la esquizofrenia. Al igual que con los esquemas y los sesgos, los individuos en situación de riesgo ultra alto podrían beneficiarse de un abordaje terapéutico preventivo de estas experiencias. Detectar y trabajar con los factores de riesgo en la fase inicial de la esquizofrenia podría derivar en que la gravedad de la sintomatología posterior sea menor.

Como ya fuera mencionado, la mayor parte del deterioro de la enfermedad se produce en la fase inicial, de manera que detectar y abordar

la esquizofrenia en esta etapa puede contribuir a prevenir este deterioro, como así también el deterioro posterior. Si además en esta fase se detectaran los esquemas desadaptativos y se trabajara en su modificación, podría prevenirse el desarrollo de la sintomatología positiva de la enfermedad, sintomatología característica de la esquizofrenia paranoide. Es decir, la detección temprana y posterior modificación de esquemas desadaptativos podría contribuir a evitar el

desarrollo de los síntomas principales de la esquizofrenia paranoide. Esto podría implicar tratamientos más cortos y (en consecuencia) más económicos, además de evitarle al paciente el estrés que acompaña a la sintomatología positiva. Se debe, entonces, trabajar en la detección temprana y modificación de esquemas desadaptativos en individuos en situación de riesgo ultra alto para prevenir el desarrollo de la esquizofrenia paranoide.

Referencias

- Addington J, Tran L. Using the brief core schema scales with individuals at clinical high risk of psychosis [Resumen]. *Behav Cogn Psychother*. 2009; 37(2): 227-31. Doi: 10.1017/S1352465809005116.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington: Author; 2013.
- Báez, AM. Atascos en el tratamiento de la esquizofrenia. En Baringoltz S, Levy R. *Puentes en terapia cognitiva*. Buenos Aires: Polemos; 2012. p. 243-63.
- Beck A, Rector N, Stolar N, Grant P. *Schizophrenia: Cognitive Theory, Research and Therapy*. New York: The Guilford Press; 2008.
- Beck A, Rush J, Shaw B, Emery G. *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1983.
- Beiser M, Erikson D, Fleming JAE, Iacono WI. Establishing the Onset of Psychotic Illness. *Am J Psychiatry*. 1993; 150: 1349-54. Doi: 10.1176/ajp.150.9.1349
- Bentall RP, Kaney S. Abnormalities of self-representation and persecutory delusions: a test of a cognitive model of paranoia. *Psychol Med*. 1996; 26 (6):1231-7. Doi: 10.1017/S0033291700035959
- Bortolon C, Boulenger JP, Gély-Nargeot MC, Stéphane R. Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: A cross-sectional study. *Psychiatry Res*. 2013; 209(3):361-6. Doi: 10.1016/j.psychres.2013.03.018
- Brarda G. Del dicho.... En Baringoltz S y Levy R. *Terapia cognitiva: del dicho al hecho*. Buenos Aires: Polemos; 2011. pp. 13-24.
- Chadwick P, Birchwood M. The Omnipotence of Voices. A Cognitive Approach to Auditory Hallucinations. *Br J Psychiatry*. 1994; 164:190-201. Doi: 10.1192/bjp.164.2.190
- Cuevas-Yust C. *Terapia cognitivo conductual para los delirios y alucinaciones resistentes a la medicación en pacientes psicóticos ambulatorios*. Apunt Psicol.[Internet] 2006 [citado 22-10-2016]; 24(1-3):267-92. Disponible en http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/vol24_1_12.pdf
- Fielding-Smith SF, Hayward M, Strauss C, Fowler D, Paulik G, Thomas N. Bringing the "self" into focus: conceptualising the role of self-experience for understanding and working with distressing voices. *Front Psychol*. 2015; 6:1-15. Doi: 10.3389/fpsyg.2015.01129
- Fowler D, Freeman D, Smith B, Kuipers E, Bebbington P, Bashforth H, et al. The Brief Core Schema Scales (BCSS): psychometric properties and associations with paranoia and grandiosity in non-clinical and psychosis samples. *Psychol Med*. 2006; 36:749-59. Doi: 10.1017/S0033291706007355
- Fowler D, Hodgkins J, Garety PA, Freeman D, Kuipers E, Dunn G, et al. Negative Cognition, Depressed Mood, and Paranoia: A Longitudinal Pathway Analysis Using Structural Equation Modeling. *Schizophr Bull*. 2012; 38(5):1063-73. Doi:10.1093/schbul/sbr019
- Freeman D, Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Bebbington PE. A cognitive model of persecutory delusions. *Br J Psychol*. 2002; 41: 331-47. Doi: 10.1348/014466502760387461
- French P, Morrison AP. *Early Detection and Cognitive Therapy for People at High Risk of developing Psychosis: A Treatment Approach*. Chichester, England: John Wiley & Sons; 2004. Doi: 10.1002/9780470713259.fmatter
- García I, Fresán A, Medina-Mora ME, Ruiz GM. Impacto de la duración de la psicosis no tratada (DPNT) en el curso y pronóstico de la esquizofrenia. *Salud Ment [Internet]*. 2008 [citado 22-10-2016]; 31: 479-85. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n6/v31n6a8.pdf>
- Gutiérrez López MA, Sánchez Muñoz M, Trujillo Borrego A, Sánchez Bonome L. *Terapia cognitivo conductual en las psicosis agudas*. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2012; 32(114):225-45. Doi: 10.4321/S0211-57352012000200002
- Hassanali N, Ruffell T, Browning S, Bracegirdle K, Ames C, Corrigan R, et al. Cognitive bias and unusual experiences in childhood. *Eur Child*

- Adolesc Psychiatry. 2015; 24(8):949-57.
20. Kuipers E, Garety PA, Fowler D, Freeman D, Dunn G, Bebbington PE. Cognitive, Emotional and Social Processes in Psychosis: Refining Cognitive Behavioral Therapy for Persistent Positive Symptoms. *Schizophr Bull.* 2006; 32(1):24-31. Doi:10.1093/schbul/sbl014
21. Lyrakos DG. The Validity of Young Schema Questionnaire 3rd Version and the Schema Mode Inventory 2nd Version on the Greek Population. *Psych.* 2014; 5:461-77. Doi: 10.4236/psych.2014.55056
22. Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, Cadenhead K, Ventura J, McFarlane W, et al. Prodromal Assessment With the Structured Interview for Prodromal Syndromes and the Scale of Prodromal Symptoms: Predictive Validity, Interrater Reliability, and Training to Reliability. *Schizophr Bull.* 2003; 29(4): 703-15. Doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007040
23. Morrison AP. The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behav Cogn Psychother.* 2001; 29: 257-76. Doi:10.1017/S1352465801003010
24. Morrison AP. Case formulation and cognitive schemas in cognitive therapy for psychosis. In Riso LP, du Toit PL, Stein JD, Young JE, editors. *Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems.* Washington: American Psychological Association; 2007. p. 177-98. Doi: 10.1037/11561-008
25. Morrison AP, Bentall RP, French P, Walford L, Kilcommons A, Knight A, et al. Randomised controlled trial of early detection and cognitive therapy for preventing transition to psychosis in high-risk individuals. *Br J Psychiatry.* 2002; 181 Suppl 43: S78-84. Doi: 10.1192/bjp.181.43.s78
26. Morrison AP, French P, Walford L, Lewis SW, Kilcommons A, Green J, et al. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra- high risk. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2004; 185(4):291-7. Doi: 10.1192/bjp.185.4.291
27. Noone D, Ames C, Hassanali N, Browning S, Bracegirdle K, Corrigan R, et al. A preliminary investigation of schematic beliefs and unusual experiences in children. *Eur Psychiatry.* 2015; 30(5):569-75. Doi: 10.1016/j.eurpsy.2014.12.006
28. Padesky CA. Schema Change Processes in Cognitive Therapy. *Clin Psychol Psychother.* 1994; 1 (5):267-78. Doi: 10.1002/cpp.5640010502
29. Perivolitis D, Morrison AP, Grant PM, French P, Beck AT. Negative Performance Beliefs and Negative Symptoms in Individuals at Ultra-High Risk of Psychosis: A Preliminary Study. *Psychopathology.* 2009; 42: 375-9. Doi: 10.1159/000236909
30. Rodríguez Vilchez E. La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Avances en Psicología.* 2009; 17(1):59-74. Disponible en <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/edgarrodriguez.pdf>
31. Saleem MM, Stowkowy J, Cadenhead KS, Cannon TD, Cornblatt BA, McGlashan TH, et al. Perceived Discrimination in those at Clinical High Risk for Psychosis. *Early Interv Psychiatry.* 2014; 8(1):77-81. Doi:10.1111/eip.12058.
32. Stowkowy J, Addington J. Maladaptive Schemas as a Mediator between Social Defeat and Positive Symptoms in Young People at Clinical High Risk for Psychosis. *Early Interv Psychiatry.* 2012; 6(1):87-90. Doi:10.1111/j.1751-7893.2011.00297.x.
33. Taylor HE, Stewart SL, Dunn G, Parker S, Fowler D, Morrison, AP. Core schemas across the continuum of psychosis: a comparison of clinical and non-clinical groups. *Behav Cogn Psychother.* 2014; 42(6):718-30. Doi: 10.1017/S1352465813000593
34. Thomas N, Farhall J, Shawyer F. Beliefs about voices and schemas about self and others in psychosis. *Behav Cogn Psychother.* 2015; 43(2):209-23. Doi: 10.1017/S1352465813000817
35. Vallina Fernández O, Lemos Giráldez S, Fernández Iglesias P. Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apunt Psicol.* [Internet]. 2012 [citado 22-10-2016]; 30(1-3):435-57. Disponible en: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/viewFile/424/344>
36. Weisman AN, Beck AT. Development and validation of the dysfunctional attitude scale: a preliminary investigation. Annual Meeting of the American Educational Research Association. Toronto; 1978. Disponible en <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED167619.pdf>
37. Young JE. Young Schema Questionnaire – short form. 2nd ed. 2003. Disponible en <http://www.schematherapy.com/id351.htm>
38. Young JE, Klosko JS, Weishaar, ME. *Schema Therapy. A practitioner's guide.* New York: The Guilford Press; 2003. Doi: 10.1017/s1352465804211869
39. Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC, Rakkar A. (1996). Monitoring and Care of Young People at Incipient Risk of Psychosis. *Schizophr Bull.* 1996; 22(2):283-303. Doi: 10.1093/schbul/22.2.283
40. Yung AR, Phillips L, McGorry PD. *Treating Schizophrenia in the Prodromal Phase.* London: Taylor & Francis; 2004. Doi: 10.1017/s0033291705245257