

Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis

Oscar VALLINA FERNÁNDEZ

Servicio Cántabro de Salud

Serafín LEMOS GIRÁLDEZ

Purificación FERNÁNDEZ IGLESIAS

Universidad de Oviedo

Resumen

La posibilidad de intervenir precozmente en los trastornos psicóticos y alterar con ello el tradicional curso negativo de la enfermedad está generando un creciente interés en la comunidad científica y profesional. En este trabajo, presentamos el momento en que se encuentran las investigaciones y los desarrollos clínicos y de organización de servicios en las distintas fases iniciales de la enfermedad, describiendo tanto las nuevas formas de intervención como sus primeros y esperanzadores resultados.

Palabras claves: psicosis temprana, tratamientos psicológicos, pródromos de la esquizofrenia.

Abstract

Early intervention in psychotic disorders in order to alter their typical negative course is nowadays creating a growing interest in the scientific and professional community. In this paper, the state of the art in research and clinical implementation, and the organization of services for the several early phases of the illness are presented; and new methods of intervention as well as the first and promising results are described.

Keywords: Early Psychosis, Psychologicals Treatments, Schizophrenia Prodrome.

El tratamiento de la psicosis está presenciando una importante transformación en los últimos diez años. El desplazamiento del foco de atención desde la fase estable o residual de la enfermedad hacia los inicios de la misma, esta suponiendo una serie de innovaciones y avances, tanto en la evaluación y diagnóstico como en las modalidades terapéuticas en la consiguiente reordenación de los servicios asistenciales. Si bien en este último apartado, con excepción de Gran Bretaña, los servicios desarrollados aún son experiencias minoritarias en sus correspondientes países, y se encuentran todavía en una fase experimental de organización y desarrollo, el impacto que están produciendo sus propuestas e investigaciones supondrá sin duda una revisión y cambio de los actuales modos de trabajo en el campo de la psicosis.

Los estudios epidemiológicos más recientes nos han mostrado que existe un importante periodo de tiempo antes de que los pacientes inicien el tratamiento de su enfermedad. Este periodo inicial, conocido como duración de la enfermedad sin tratar (DUI), abarca dos

periodos claramente diferenciados. De un lado, el momento que va desde la aparición de la primera sintomatología inespecífica en un individuo sano (depresión, ansiedad, insomnio) hasta el surgimiento de los primeros síntomas psicóticos atenuados (susplicia, referencialidad no delirante, aislamiento social) y que se denomina etapa prodrómica o estado mental de alto riesgo y puede durar de dos a cinco años. Y de otro, el periodo que incluye el tiempo que el paciente pasa con una sintomatología ya claramente psicótica, pero que a su vez tampoco esta recibiendo tratamiento y que se conoce como duración de la psicosis sin tratar (DUP). Estos dos momentos se han convertido en la justificación de la intervención temprana en la medida en que se están mostrando como fundamentales para el posterior curso y recuperación de la enfermedad.

La intervención temprana en psicosis tiene dos elementos que la diferencian de las formas habituales de asistencia actuales: La detección temprana y la aplicación del tratamiento específico más eficaz para cada fase inicial

de la enfermedad. Ambos elementos se pueden ofrecer de manera añadida a los cuidados estándar habituales o bien a través de equipos especializados en intervención temprana (Marshall, & Lokwood, 2005).

La *detección temprana* se puede definir como la identificación de aquellas personas que están en riesgo de desarrollar una psicosis, por ejemplo quienes presentan síntomas prodrómicos, pero nunca han estado psicóticos, o como la identificación de aquellas personas que ya han desarrollado la psicosis, pero que aún no han recibido un tratamiento adecuado.

Por *tratamientos específicos para cada fase* se entienden aquellos tratamientos (psicológicos, físicos o sociales) que van específicamente dirigidos a impedir la progresión hacia la psicosis en aquellas personas con síntomas prodrómicos o bien a promover la recuperación en aquellas otras personas que han experimentado recientemente su primer episodio de psicosis.

Estas formas de tratamiento adaptadas a las distintas etapas de la enfermedad se proporcionarían por equipos de intervención temprana, equipos que prestarían la asistencia adecuada a las personas en las etapas prodrómicas o iniciales de la psicosis, y que serían responsables de toda la asistencia necesaria por los pacientes en estos primeros momentos de la enfermedad.

Tratamientos psicológicos en las fases iniciales de la psicosis

El desafío actual en la aplicación de intervenciones psicológicas en las fases iniciales de la psicosis es doble.

Por una parte, consiste en conseguir adaptar aquellas modalidades de tratamiento que ya han demostrado su eficacia en las fases estable y residual de la enfermedad a los inicios de la misma. Por otro lado, consistiría en el desarrollo de nuevas formas de terapia que se adapten a las características específicas de estas etapas de la enfermedad, y a las que no pueden acceder en soledad los tratamientos exclusivamente farmacológicos. En todo caso, la necesidad de integrar intervenciones psicológicas que estén basadas en la evidencia como un elemento esencial dentro cualquier programa de amplio espectro para una intervención temprana en psicosis de calidad, no es una elección caprichosa, sino que responde a toda una serie de razones avaladas por la experimentación y la práctica clínica y que McGorry (2004) desglosa perfectamente (tabla 1).

Haddock y Lewis (2005) llevan a cabo una revisión de aquellos tratamientos psicológicos que están demostrando su utilidad y eficacia en la actualidad, y concluyen que dentro de los aún escasos estudios experimentales y por consiguiente, con todavía un escaso grado de evidencia, las intervenciones familiares y las cognitivo-conductuales se presentan como dos formas de terapia aceptables para las fases tempranas de la psicosis. Por su parte, McGorry (2000) sostiene, que con independencia de la modalidad de intervención psicológica por la que se opte, los tratamientos psicológicos que se utilicen están obligados a cumplir una serie de condiciones fundamentales:

1. Estar basados en teorías clínicamente evaluables en individuos y en grupos de pacientes.

Tabla 1. Utilidades de los tratamientos psicológicos en el inicio de la psicosis (McGorry, 2004).

LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS SON ÚTILES EN EL INICIO DE LA PSICOSIS PARA:

- Desarrollar una alianza de terapéutica.
- Proporcionar apoyo emocional ante las inquietantes experiencias subjetivas de la psicosis y ante el estigma.
- Promover comprensión sobre la psicosis, participación activa en el tratamiento y adherencia a la medicación.
- Abordar específicamente los complejos síntomas individuales, comorbilidades y esquemas desadaptativos.
- Reducir la resistencia al tratamiento.
- Potenciar el afrontamiento y la adaptación.
- Mejorar el funcionamiento cognitivo.
- Mejorar las relaciones interpersonales que puedan haber sido un problema en algún caso, como resultado de factores de riesgo independientes de la psicosis y puedan haber empeorado o haber sido interrumpidas por los efectos de la enfermedad.
- Proporcionar apoyo y ayuda a los miembros de la familia.
- Promover la recuperación laboral.
- Reducir el riesgo de suicidio y la agresividad.
- Prevenir las recaídas.
- Reducir el daño por el consumo comórbido de drogas.
- Reducir el riesgo de transición desde estados de ultra riesgo a la psicosis.

2. Ser altamente compatibles con los modelos biológicos de vulnerabilidad y del trastorno.
3. Ser pragmáticos en términos de duración y profundidad de la intervención.
4. Ofrecerse como parte de un tratamiento multimodal.
5. Estar disponibles en un amplio rango de modalidades, dadas las extensas y variadas necesidades de los pacientes y sus familias.
6. Ser secuenciados y variados, de acuerdo con la fase de la enfermedad y con las distintas necesidades de cada una de esas etapas.

Siguiendo la clasificación sugerida por Haddock y Lewis (2005) El foco de la investigación de los tratamientos psicológicos en la psicosis temprana se ha organizado en torno a las principales categorías que se relacionan con las fases por las que pasan las personas durante el inicio de la psicosis y que serían las siguientes:

1. Intervenciones centradas en la fase prodrómica o de alto riesgo de desarrollo de psicosis.
2. Intervenciones centradas en la fase aguda inicial de la psicosis.
3. Intervenciones centradas en la recuperación o fase postpsicótica.
4. Intervenciones centradas en los servicios.

A lo largo de este trabajo presentaremos una descripción del estado actual de la intervención temprana en psicosis en cada una de estas etapas.

Intervenciones en la fase de alto riesgo de desarrollo de psicosis (prodrómica)

En estos momentos, ya existe un importante volumen de centros y programas dedicados a la investigación y al tratamiento de las fases presicóticas a lo largo de todo el mundo, y además, su progresión es creciente, llevando este desarrollo a la reciente creación de la *Red Internacional de Investigación en Pródromos* (IPRN). Cada una de estas iniciativas tiene rasgos propios, no obstante, se pueden detectar una serie de elementos que se muestran comunes en todos estos programas de investigación clínica (McGorry, Young, & Phillips, 2003; Phillips, McGorry, Yung, McGlashan, Cornblatt, & Klosterkötter, 2005):

- a) Todos los centros intentan identificar jóvenes en situación del alto riesgo de desarrollar una psicosis en un futuro cercano, utilizando estrategias educativas y de captación centradas en la comunidad.
- b) En todos los servicios se utiliza una combinación de factores de estados mentales de riesgo y factores de riesgo genéticos o de rasgo.

- c) La búsqueda de ayuda por parte del paciente es una condición necesaria para la entrada en estos programas. No se trabaja con aquellas personas que están asintomáticas o que no demandan ayuda.
- d) Estos centros o programas se financian habitualmente por medio de becas de investigación, siendo aun un elemento raramente estable dentro del sistema de servicios de salud mental.
- e) Todos los centros proporcionan un servicio clínico además de investigar y de evaluar las intervenciones.
- f) Existen dos focos clínicos diferenciados pero que se superponen: el manejo de las dificultades actuales y la monitorización y posible prevención o atenuación de la psicosis emergente.
- g) Donde se ofrece la utilización de medicación neuroléptica, la norma es el uso de dosis bajas de neurolépticos atípicos
- h) Los servicios están vinculados a servicios de psicosis temprana o proporcionan ellos mismos tratamiento para los primeros episodios psicóticos.
- i) Las tasas de transición a la psicosis son comparables a través de todos los centros, abarcando un rango de entre el 22% y el 54% en un periodo de un año.

Para el objeto de este trabajo, nos centraremos en aquellos centros y programas, que, además de ser pioneros en estos temas, y disponer de un centro de investigación y tratamiento de reconocido prestigio, ya han llevado a cabo trabajos experimentales que nos están permitiendo pasar de un estado de desconocimiento total sobre esta área a otro de desconocimiento parcial, o si se quiere, de primeros y primitivos conocimientos.

El proyecto Buckingham

Durante el periodo de 1984 a 1988, Falloon lleva a cabo en la región de Buckingham (Inglaterra) el primer estudio no controlado de intervención temprana intensiva en adultos que presentaban síntomas prodrómicos de esquizofrenia. Este trabajo plantea la idea, recogida en los recientes estudios de intervención en las fases prodrómicas de la psicosis, de que los primeros episodios psicóticos podrían ser evitados o demorados si se detectan tempranamente y se aplican estrategias terapéuticas efectivas de manera inmediata (Falloon, 1992).

Para ello, desarrolla una estrategia de intervención que incluía un procedimiento de detección temprana basado en el entrenamiento de los médicos de familia en el reconocimiento de los síntomas prodrómicos de esquizofrenia (utilizando la lista de pródromos de la DSM-III), y en la derivación inmediata de estos pacientes a un equipo especializado de salud mental que realizaría una evaluación posterior mas pormenorizada.

En una segunda fase, y para aquellas personas que presentaban pródromos de esquizofrenia, este equipo especializado aplicaba un protocolo de tratamiento individualizado a domicilio que incluía: educación sobre la esquizofrenia, manejo de estrés centrado en el hogar, y medicación neuroléptica a dosis baja (clorpromacina a 25-100 mg día) en los casos en los que predominasen las alteraciones perceptivas, o el deterioro cognitivo, o la agitación, o los trastornos del sueño.

Por último, disponía de un procedimiento de atención continuada que incluía entrenamiento en el reconocimiento de la recurrencia de la sintomatología prodrómica para los pacientes y sus familias, supervisión por parte del equipo de salud mental durante dos años y manejo del estrés orientado a las crisis y tratamiento farmacológico, que se mantenía hasta la remisión de los síntomas prodrómicos.

Los resultados de este trabajo supusieron un descenso en la incidencia anual de esquizofrenia en la zona de su habitual 7.4/100.000 a un 0.7/100.000 (Falloon, Kydd, Coverdale, & Tannis, 1996). La escasa muestra del estudio (16 pacientes), y las limitaciones metodológicas del mismo, amortiguaron la trascendencia de las propuestas que avanzaba.

La clínica para la Valoración Personal y Evaluación de Crisis (PACE)

Surge como una sección de un amplio programa de investigación en psicosis temprana, asociado al Centro de Prevención en Intervención en Psicosis temprana (EPPIC), y se convertirá en el centro internacional de referencia para el estudio prospectivo de la fase prodrómica de la psicosis. Siendo la definición de sus grupos de alto riesgo, el criterio mayoritariamente adoptado por otros centros (con algunas ligeras correcciones en algunos casos) en el desarrollo de sus investigaciones. Como programa de investigación tiene tres objetivos centrales:

1. Mejorar la comprensión de los procesos neurobiológicos y psicosociales existentes en la fase presicótica que contribuyen al inicio de psicosis aguda, y establecer criterios que permitan detectar a aquellas personas que se encuentren en una situación de alto riesgo de poder desarrollar una psicosis dentro de un corto periodo de tiempo.
2. Desarrollar intervenciones psicológicas y farmacológicas que impidan o demoren el tránsito a la psicosis y en evaluar su grado de seguridad y eficacia en esta fase.
3. Establecimiento de unos servicios clínicos accesibles y adecuados para estos jóvenes de riesgo (Edwards, & McGorry, 2004; Phillips, Leicester, O'Dwyer, Francey, Koutsogiannis, Abdel-baki, Kelly, Jones, Vay, Yung, & McGorry, 2002).

Para detectar a aquellas personas en situación de riesgo y reducir el riesgo de falsos positivos en la identificación, se desarrolla una estrategia de aproximación basada en la combinación de factores de rasgo (antecedentes familiares de psicosis en primer grado, presencia de rasgos esquizotípicos en el paciente) y factores de estado (edad entre 16 y 30 años, presencia de sintomatología psicótica atenuada, deterioro de funcionamiento social) de riesgo.

Así, se captan individuos que están experimentando cambios subumbral en sus estados mentales que pueden sugerir la presencia de un proceso psicótico emergente, pero que aún no están experimentando unos niveles de trastorno agudos y diagnosticables como psicosis.

Estos síntomas psicóticos subumbral se conceptualizan como *estados mentales de alto riesgo*, ya que su presencia no predice el inevitable desarrollo de la enfermedad. A diferencia del tradicional concepto de pródromo que sí indicaría la presencia del inicio de la enfermedad y el inevitable desarrollo posterior de la misma (Yung, & McGorry, 1996).

Como resultado de esta estrategia surgen los criterios para la identificación de jóvenes en situación de ultra riesgo de desarrollo de psicosis. Estos criterios se han ido refinando desde sus primeras presentaciones, y en su última versión, se concentran en torno a tres grupos de riesgo obtenidos por medio de la Entrevista para la evaluación integral de los estados mentales de alto riesgo (CAARMS), (Yung, Yuen, McGorry, Phillips, Kelly, Dell'olio, Francey, Cosgrave, Killackey, Stanford, Godfrey, & Buckby, 2005):

Grupo 1. Vulnerabilidad. Pertenecen a este grupo de riesgo aquellos jóvenes con un familiar de primer grado con trastorno psicótico, o aquellos otros que padecen un trastorno esquizotípico de la personalidad y que presentan una significativa reducción en su funcionamiento social de manera sostenida, durante al menos un mes y no más allá de cinco años. Esta pérdida de funcionamiento se operativiza a través de una pérdida del 30% respecto del funcionamiento premórbido en la escala de Evaluación global de funcionamiento (GAF).

Grupo 2. Síntomas psicóticos atenuados. Supone la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas: Trastornos en el contenido del pensamiento, anomalías perceptivas y/o comunicación desorganizada con una severidad y frecuencia sintomática variable, según qué tipo de síntoma y definida y escalada en la CAARMS, que se han dado en al menos dos ocasiones durante una semana y que han estado presentes a lo largo del último año y no más allá de 5 años.

Grupo 3. Síntomas psicóticos breves, limitados e intermitentes. Presencia transitoria de síntomas psicóticos (trastornos del contenido del pensamiento, anomalías perceptivas o comunicación desorganizada). Cada

episodio dura al menos una semana y los síntomas remiten espontáneamente en cada ocasión. Estos síntomas ocurren a lo largo del último año y no han estado presentes más allá de 5 años.

Yung, Phillips, Pan Yuen, Francey, McFarlane, Hallgren, & McGorry (2003) realizan un estudio prospectivo para examinar y validar el poder predictivo de estos perfiles de ultra riesgo en el desarrollo de trastornos psicóticos.

Los resultados mostraron que el 40.8% de los pacientes del grupo de alto riesgo seleccionado habían desarrollado una psicosis dentro de los 12 meses posteriores a su evaluación inicial, lo cual sugiere que se pueden detectar precozmente y seguir a estas personas de ultra alto riesgo.

También se detectaron otros predictores de psicosis altamente significativos como una larga duración de los síntomas prodrómicos, un pobre funcionamiento a la entrada, síntomas psicóticos de bajo grado, depresión y desorganización.

Y se observó también, que combinados con los criterios antes descritos pueden enriquecer y mejorar la capacidad predictiva de estos indicadores de riesgo de psicosis (Yung, Phillips, Pan Yuen, & McGorry, 2004).

El paso siguiente a la detección es elaborar tratamientos que consigan demorar o evitar la transición a la psicosis. McGorry, Young, Phillips, Francey, Cosgrave, Germano, Bravin, McDonald, Blair, Adlard y Jackson (2002) llevan a cabo la primera prueba controlada y aleatorizada para reducir el riesgo de progresión hacia la psicosis en una muestra de 59 pacientes con elevado riesgo, según los criterios antes descritos.

Para ello, comparan dos intervenciones, una general basada en las necesidades y una intervención preventiva específica que combinaba terapia cognitiva y tratamiento neuroléptico a dosis baja durante seis meses.

El grupo control recibía una terapia de apoyo basada en necesidades. Los pacientes recibían una psicoterapia de

apoyo centrada en aspectos como las relaciones sociales y los problemas familiares y de ocio. Los terapeutas también desempeñaban un rol de manejo de casos, proporcionando ayuda en aspectos como alojamiento, educación, empleo, así como en educación y apoyo familiar, y se utilizaba antidepresivos y benzodiazepinas.

El grupo de tratamiento recibía todos los componentes del tratamiento basado en necesidades, mas una combinación de medicación neuroléptica a dosis baja (risperidona a dosis media de 1.3 mg/día) y terapia cognitiva. La terapia cognitiva aplicada descrita por Phillips y Francey (2004) tenía como objetivo la comprensión de los síntomas experimentados, aprender estrategias para el control de los mismos y reducir el estrés asociado (tabla 2). Para desarrollarla se diseñaron una serie de módulos que se ofrecían de manera flexible: manejo de estrés, depresión/síntomas negativos, síntomas positivos y trastornos comórbidos.

Los resultados al final de los seis meses de tratamiento, mostraron una tasa de transición a la psicosis del 36% en los pacientes del grupo control y del 10% en el grupo experimental.

A los seis meses de seguimiento, el grupo control mantenía los mismos resultados, pero el grupo experimental había aumentado su tasa de transición hasta un 29%. En cuanto a las medidas de sintomatología y de funcionamiento obtenidas al final del tratamiento y durante el seguimiento no se apreciaron diferencias entre ambos grupos, produciéndose una mejoría general en las dos condiciones.

Es especialmente importante resaltar que no se apreciaron problemas de estigmatización o de ansiedad secundarios al conocimiento por los pacientes y familias de su estado de riesgo, y tampoco se detectaron efectos secundarios adversos por la utilización de la medicación neuroléptica. Los autores concluyen que es posible por lo menos demorar, y en algunos casos incluso impedir, el tránsito a la psicosis en pacientes con estas características de ultra alto riesgo.

Tabla 2. Fases de la terapia cognitiva en la etapa presicótica (Phillips & Francey, 2004).

<i>Fases del tratamiento</i>	<i>Objetivos</i>
<i>Valoración/compromiso</i> (2 sesiones aprox.)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llevar a cabo una valoración rigurosa de las cuestiones que traiga el paciente a las sesiones de terapia. 2. Obtener una formulación breve que dirija la terapia (incluyendo una valoración del riesgo y un plan de crisis cuando es necesario). 3. Establecer una relación de trabajo positiva y de confianza mutua entre el terapeuta y el paciente.
<i>Terapia</i> (9 sesiones aprox.)	<ol style="list-style-type: none"> 4. Tratar los problemas y objetivos obtenidos durante el proceso de valoración a través de un conjunto de intervenciones sacadas de los módulos de tratamiento
<i>Terminación</i> (4 sesiones más 3 de refuerzo aprox.)	<ol style="list-style-type: none"> 5. Finalizar el proceso de terapia. 6. Sesiones de refuerzo adicionales centradas en la observación de los síntomas y en reconocer cuando podría ser conveniente la asistencia en el futuro

Clínica para la Prevención por Educación, Identificación y Manejo de Riesgo (PRIME)

Este centro de investigación realizó el primer estudio clínico controlado multicéntrico y doble ciego de una medicación neuroléptica (olanzapina) *versus* placebo, en pacientes demandantes de ayuda y sintomáticos, que cumplieran criterios de síndrome prodrómico de psicosis (McGlashan, Zipursky, Perkins, Addington, Miller, Woods, Hawkins, Hoffman, Lindborg, Tohen, & Breier, 2003; Miller, Zipursky, Perkins, Addington, Woods, Hawkins, Hoffman, Preda, Epstein, Addington, Lindborg, Marquez, Tohen, Breier, & McGlashan, 2003).

Los criterios de riesgo utilizados por este grupo de investigación están basados en los grupos de riesgo descritos en la clínica PACE, con ligeras modificaciones. Describen así tres tipos de síndromes prodrómicos: síndrome psicótico breve intermitente, síndrome con síntomas positivos atenuados y síndrome de riesgo genético y disfunción global.

Para la detección de estos síndromes, Miller, McGlashan, Woods, Stein, Driesen, Corcoran, Hoffman y Davidson (1999) desarrollan una entrevista clínica semiestructurada para síndromes prodrómicos (SIPS), que incluye una escala para la evaluación de síntomas prodrómicos (SOPS) con la que se obtienen los perfiles de riesgo y que incluye, de acuerdo con una graduación detallada en la entrevista, la presencia de los siguientes síntomas de manera atenuada (sin intensidad psicótica):

- Contenido inusual del pensamiento/ideas delirantes.
- Ideas persecutorias/suspiciosa.
- Ideas de grandiosidad.
- Percepciones anómalas/alucinaciones.
- Comunicación desorganizada.

La validez predictiva de los síndromes prodrómicos de esquizofrenia incluidos en la SOPS, se había llevado a cabo en un estudio prospectivo en el que Miller, McGlashan, Lifshy, Somiee, Stein y Woods (2002) observaron que aquellas personas que presentaban estas características prodrómicas de psicosis, desarrollaban la enfermedad en un 46% dentro de los 6 meses siguientes a la evaluación inicial y en un 54% al cabo de un año.

En su prueba clínica (McGlashan *et al.*, 2003) comparan la eficacia de la olanzapina *versus* placebo en prevenir o demorar el inicio de la psicosis. Como objetivos laterales, pretenden comparar la eficacia en el tratamiento de los síntomas prodrómicos, en la reducción de la severidad clínica y funcional de las psicosis que se desencadenasen durante el estudio, la eficacia sobre el funcionamiento neurocognitivo, investigar predictores de conversión a la psicosis y por último evaluar la seguridad y efectos secundarios de la olanzapina ante el placebo.

El diseño del estudio incluía la asignación aleatoria de sesenta pacientes durante un año a uno grupo de tratamiento placebo o a otro grupo de tratamiento con olanzapina (5-15 mg/día). Pasado este primer año, se detenía el tratamiento farmacológico y se seguía a los pacientes durante un segundo año. Quienes transitaban a la psicosis, entraban en otra prueba diferente de tratamiento con olanzapina para psicosis. En ambos grupos, se añadía un paquete de tratamiento psicosocial individual y familiar de diez semanas de duración que incluía entrenamiento en solución de problemas, psicoeducación y técnicas básicas de manejo de estrés.

Los resultados del primer año de tratamiento presentaron una conversión a la psicosis del 37,9% en el grupo placebo frente el 16,1% del grupo de tratamiento (Miller, 2004).

El Programa de Reconocimiento y Prevención de Hillside (RAP)

Se dirige a adolescentes sintomáticos de entre 12 y 18 años y busca el establecimiento de indicadores prodrómicos válidos para predecir la transición a la psicosis (Cornblatt, Lencz, & Obuchowski, 2002; Lencz, Smith, Ather, Correll, & Cornblatt, 2004).

Para llevar a cabo su proceso de selección de jóvenes con alto riesgo clínico de psicosis, utilizaron dos listas separadas de indicadores prodrómicos basadas en los síntomas recogidos en la escala de síntomas prodrómicos (SOPS). De este modo, separaron un grupo denominado riesgo clínico negativo (caracterizado por sintomatología negativa y desorganizada atenuada, consideradas como las características más precoces de la fase prodrómica) de otro denominado riesgo clínico positivo (caracterizado por la presencia de síntomas positivos atenuados que se suponen aparecen en una fase prodrómica más tardía). De manera natural encontraron un tercer grupo, caracterizado por síntomas con una intensidad ya psicótica, pero que no cumplieran aún criterios de esquizofrenia por carecer del número o cronicidad de los síntomas requeridos, o carecer también del nivel de deterioro funcional requerido, denominándolos psicosis tipo esquizofrenia.

En esta fase inicial del estudio, detectaron la presencia de cuatro factores de riesgo que estaban afectados por igual en todos los subgrupos y que denominaron cluster CASIS: déficits cognitivos, trastornos afectivos, aislamiento social y fracaso escolar, y que para estos autores demostraría la presencia de una vulnerabilidad subyacente nuclear en la esquizofrenia (Cornblatt, Lencz, Smith, Correll *et al.*, 2003; Lencz *et al.*, 2004).

Respecto al tratamiento utilizado durante el estudio, éste incluía una combinación del tratamiento farmacológico y psicosocial. El tratamiento farmacológico fue el utilizado habitualmente por los médicos en su práctica clínica para este tipo de pacientes, y consistía fundamentalmente en antidepresivos en el subgrupo clínico negativo

y neurolépticos atípicos (olanzapina y risperidona) en los subgrupos clínicos positivo de psicosis tipo esquizofrenia. En ambos subgrupos destacó el elevado índice de falta de adherencia al tratamiento.

Por su parte, el tratamiento psicosocial incluía alguna forma de psicoterapia de grupo, familiar o individual, y en la mayoría de los casos era una combinación de ellas, siendo la terapia de grupo centrada en las habilidades sociales la fórmula preferida en el subgrupo clínico negativo. Los autores no dan más detalles de los procedimientos psicológicos utilizados (Cornblatt, Lencz, Smith, & Auther, 2004).

Los resultados preliminares del estudio en su primera fase, mostraron una mejoría clínica considerable en el grupo positivo, con una buena adherencia al tratamiento farmacológico y una estabilización en el grupo negativo. Se observó además, que de los 54 pacientes que se incluían, transitaron a la esquizofrenia el 17%.

Analizados por subgrupos, del subgrupo de riesgo clínico negativo transitó el 7%, del subgrupo de riesgo clínico positivo el 8% y del subgrupo de psicosis tipo esquizofrenia lo hizo el 40%.

Los autores concluyen que la intervención farmacológica precoz es muy útil para el control de los síntomas prodrómicos, y que los antipsicóticos no tienen por qué ser necesariamente el mejor tratamiento de primera línea, siendo quizás necesarios distintos tipos de intervenciones para los distintos subgrupos de riesgo clínico detectados (Lencz *et al.*, 2004; Cornblatt *et al.*, 2004).

Lamentablemente, no ha habido ningún tipo de control sobre el tipo de tratamientos psicológicos empleados ni sobre sus posibles efectos diferenciales.

El Estudio de Evaluación de la Detección e Intervención Temprana (EDIE)

Morrison, Bentall, French, Walford, Kilcommons, Knight, Kreutz y Lewis (2002) diseñan la primera prueba aleatorizada que pretendía evaluar la eficacia de un tratamiento psicológico, en este caso la terapia cognitiva, en la prevención de la transición a la psicosis.

En su estudio comparan el efecto de la terapia cognitiva con el de una monitorización mensual, en la prevención del desarrollo de psicosis en individuos de alto riesgo y que buscan ayuda para tratar su trastorno.

Para ello, establecen un sistema de detección de individuos de alto riesgo, utilizando una adaptación de los puntos de corte de la escala de síntomas positivos y negativos de la PANSS basada en los criterios de ultra riesgo desarrollados en Melbourne (Yung, Phillips, McGorry, McFarlane, Colleen, Francey, Harrigan, Patton, George, & Henry, 1998) y, posteriormente los asignan de manera aleatoria a un grupo que recibe terapia cognitiva o a otro que solamente recibe una supervisión mensual.

El estudio incluyó 60 pacientes, de los cuales treinta y siete recibieron terapia cognitiva y 26 supervisión mensual.

La captación de pacientes se realiza desde distintos tipos de recursos comunitarios, que incluyen equipos de atención primaria, servicios de orientación educativa, servicios de urgencias, organizaciones de voluntarios, etc. En cada una de estas organizaciones se impartieron talleres formativos a su personal para mejorar el reconocimiento y el proceso de derivación al programa (Morrison, French, Walford, Lewis, Kilcommons, Green, Parker, & Bentall, 2004).

La intervención cognitiva se limitaba a un máximo de veintiséis sesiones a lo largo de seis meses, y se basaba en los principios de la terapia cognitiva desarrollada por Beck, es decir, esta orientada a los problemas, era educativa y limitada temporalmente, utilizaba el descubrimiento guiado y las tareas entre sesiones, y se aplicó siguiendo un manual desarrollado por French y Morrison (2004).

Los rasgos centrales de esta terapia para la prevención de la psicosis, se basan en la formulación individual de cada caso y utilizan técnicas como la normalización de las interpretaciones que hacen los pacientes de sus experiencias inusuales, generación y evaluación de explicaciones alternativas, descatastrofizar los miedos sobre enloquecer inminentemente y comprobar sus valoraciones por medio de experimentos conductuales.

En ambos grupos se incorporaron elementos de manejo de casos, con el fin de resolver crisis ligadas a problemas sociales (económicos, laborales, de alojamiento, etc) o a riesgos para la salud mental.

Los resultados al cabo de un año indican que el grupo de monitorización presentó una transición a la psicosis del 22%, mientras que el grupo de terapia cognitiva lo hizo en un 6%.

Los autores concluyen que una intervención cognitiva de 6 meses es efectiva para reducir la severidad de los síntomas psicóticos subclínicos, y para reducir la transición a la psicosis en un periodo de un año en personas de alto riesgo que buscan tratamiento para este tipo de molestias psíquicas (Morrison *et al.*, 2004).

El Centro de Reconocimiento y de Intervención Temprana (FETZ)

Este proyecto múlticéntrico se estableció para promover la investigación en la fase prodrómica inicial de la psicosis. Lleva a cabo la detección y reconocimiento precoz de personas en alto riesgo de psicosis combinando dos tipos de estrategias.

Por una parte, desarrolla un programa de concienciación para servicios de psiquiatría, de atención primaria de salud, familiares de pacientes con esquizofrenia, servicios de apoyo a jóvenes y población general, proporcionando información sobre los síntomas precoces de esquizofrenia y la necesidad de intervenir tempranamente.

Por otro lado, y basándose en el Inventario de Reconocimiento Temprano (ERITraos), utiliza una aproximación

en dos pasos para identificar a las personas de alto riesgo. En un primer paso, se lleva a cabo un chequeo de aquellas personas que acuden a servicios de atención porque presentan problemas mentales utilizando la versión lista del ERIRAOS, que valora signos prodrómicos inespecíficos y síntomas básicos. En un segundo paso, y ya en el centro, se realiza una evaluación detallada utilizando como instrumento central de detección la entrevista de síntomas del ERIRAOS.

Esta prueba indica si un individuo en riesgo de psicosis se encuentra en un estado prodrómico inicial o tardío (Häfner, Maurer, Ruhrmann, Bechdolf, Kosterkötter, Wagner, Maier, Böttlender, Moller, Gaebel, & Wölwer, 2004; Bechdolf, Ruhrmann, Wagner, Uwe Kühn, Janssen, Böttlender, Wieneke, Schulze-lutter, Maier, & Kosterkötter, J., 2005a):

- *Estado prodrómico inicial.* Se define por la presencia de uno o más déficits perceptivos y cognitivos, experimentados subjetivamente (síntomas básicos) y aparecidos varias veces a la semana en los últimos tres meses (interferencia o bloqueo de pensamiento, trastornos de la recepción del lenguaje, trastornos perceptivos auditivos, etc.) y/o una reducción de al menos 30 puntos en la GAF dentro del último año, y al menos uno de los siguientes factores de riesgo: familiar de primer grado con esquizofrenia o trastorno del espectro esquizofrénico o bien complicaciones pre o perinatales.
- *Estado prodrómico tardío.* Este estado es similar a los grupos de ultra alto riesgo de la clínica PACE, y exige la presencia de al menos un síntoma psicótico atenuado en los últimos tres meses varias veces a la semana.

Para cada etapa se diseñan modalidades de tratamiento diferente. Así, para el estado prodrómico inicial, los pacientes se asignan aleatoriamente a un programa de terapia

cognitivo conductual o a un programa de manejo clínico durante un año.

El programa de terapia cognitiva se describe en la tabla 3, y tiene como objetivo la mejoría de los síntomas prodrómicos, la prevención del declive y estancamiento social, y la prevención o demora de la progresión hacia la psicosis, combinando según las necesidades específicas de cada paciente, psicoeducación y manejo de estrés y de síntomas.

Para el tratamiento del estado prodrómico tardío se utiliza una combinación de tratamiento neuroléptico (amisulpride) a dosis baja, con un programa de manejo clínico psicológicamente avanzado que incluye intervención en crisis, asesoramiento familiar, etc., durante dos años. En un primer estudio exploratorio con diez pacientes en estado prodrómico inicial, y utilizando un diseño prospectivo no controlado con medidas pre y postratamiento, se consigue una mejoría significativa en los síntomas prodrómicos y en el ajuste social, sin producirse en ninguno de los casos transición a la psicosis (Bechdolf, Veith, Schwarzer, Schormann, Stamm, Janssen, Berning, Wagner, & Klosterkötter, 2005b).

El programa de Detección e Intervención Temprana en Psicosis de Torrelavega

Este programa se viene desarrollando en el centro de salud mental de Torrelavega desde el año 2000 y supone la colaboración del Servicio Cantabro de Salud con la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo. El programa tiene como objetivos:

- Reducir el periodo de duración de la enfermedad sin recibir tratamiento (DUI).
- Facilitar desde los equipos de atención primaria el reconocimiento y derivación de estos jóvenes de riesgo.
- Evaluar los efectos de un programa terapéutico integral sobre la demora o prevención de transición a la psicosis desde un entorno clínico real.

Tabla 3. Intervención psicológica en el estado prodrómico inicial (Bechdolf *et al.*, 2005a).

<i>Módulo</i>	<i>Temas</i>
<i>Terapia individual</i> (30 sesiones)	-Evaluación y enganche -Psicoeducación -Manejo de estrés, de síntomas y de crisis
<i>Terapia de grupo</i> (15 sesiones)	-Humor positivo y entretenimiento -Habilidades sociales -Solución de problemas
<i>Rehabilitación cognitiva</i> (12 sesiones)	-Concentración, atención, vigilancia, memoria
<i>Información y asesoramiento de familiares</i> (3 sesiones)	-Grupo psicoeducativo multifamiliar

El formato de tratamiento se aplica por un equipo multidisciplinar, e incluye los siguientes elementos:

- Un subprograma de educación, adaptado del utilizado en la iniciativa TIPS, para médicos de atención primaria, dirigido a mejorar la capacidad de reconocimiento de los estados prodrómicos y a promover una rápida derivación al programa de intervención temprana del centro de salud mental.
- Un protocolo centrado en la SIPS, de evaluación de estados prodrómicos y de riesgo de transición a la psicosis, a partir del cual, se detectan y clasifican los tres tradicionales perfiles de riesgo.
- Un programa de terapia cognitiva basado en el formato sugerido por French y Morrison (2004).
- Un programa de intervención familiar breve.
- Un protocolo de tratamiento con neurolépticos atípicos a dosis bajas, para aquellos pacientes con síntomas psicóticos atenuados que obtienen una puntuación de 5 en la escala de síntomas positivos de la SOPS (Vallina, 2002; Vallina, Alonso, Gutiérrez, Ortega, García, Fernández, & Lemos, 2003).

Los resultados preliminares de un estudio piloto habían demostrado que un centro de atención primaria entrenado en detección temprana, reconocía y derivaba mejor a los pacientes de riesgo que otros centros del área no entrenados (Vallina *et al.*, 2003).

Posteriormente, en un estudio prospectivo de grupo único con medidas repetidas, en un grupo de treinta pacientes, se obtuvieron unas tasas de transición a la psicosis del 26,7%.

Se apreció también una rápida mejoría psicopatológica, estadísticamente significativa, en todas las escalas de la SOPS para aquellos pacientes que no transitaron a la psicosis, así como una recuperación funcional evaluada en la GAF (Vallina, Ortega, Gutiérrez, García, García, Fernández, & Lemos, 2004; Lemos, Vallina, Fernández, Ortega, García, Gutiérrez, García, Bobes, & Miller, 2005).

Los resultados están en línea con los obtenidos en otras iniciativas internacionales, y validan tanto la posibilidad de la detección precoz de personas en riesgo de desarrollar psicosis, como la utilidad de su tratamiento y la posibilidad de desarrollar este tipo de iniciativas desde entornos sanitarios asistenciales normalizados.

Hemos repasado brevemente el estado en que se encuentra la investigación en torno a la detección y tratamiento de pacientes en alto riesgo de desarrollar una psicosis, y aunque todavía estamos en un nivel de conocimiento absolutamente preliminar, coincidimos con McGorry, Yung y Phillips (2003) en que ya existen una serie de enseñanzas validas hasta estos momentos y que son las siguientes:

- a) Es posible proporcionar acceso, e implicar en cuidados clínicos, a un subconjunto de gente joven con un riesgo sustancialmente elevado de desarrollar un primer episodio psicótico.
- b) Se pueden desarrollar criterios operativos validos y fiables para definir estados de ultra alto riesgo de transición temprana a la psicosis.
- c) Hasta ahora, los criterios clínicos parecen ser los mejores predictores inmediatos de transición.
- d) Se puede discutir abiertamente sobre los problemas y riesgos de futuros trastornos (esquizofrenia y psicosis), tanto con los pacientes como con las familias, cuidándose el clínico de no manifestar una actitud pesimista o de nihilismo terapéutico.
- e) Se pueden minimizar las secuelas del etiquetado y el estigma, creando un ambiente juvenil amigable combinado con una actitud optimista y realista sobre el tratamiento de los trastornos psicóticos.
- f) Esta fase clínica es dinámica, y la progresión hacia la psicosis no parece predeterminada. También parece posible, al menos, demorar la progresión hacia la enfermedad en un porcentaje de casos.
- g) Los términos ultra alto riesgo o estados mentales de alto riesgo, reflejan mejor el foco clínico de este trabajo que el término pródromo. El término que se elija debe dejar claro que estamos tratando con un estado clínico que indica riesgo.
- h) Existe un amplio rango de intervenciones psicosociales y biológicas que son probablemente efectivas
- i) La tasa base de transición ha sido relativamente reproducible a lo largo de varios centros, pero aún se observan fluctuaciones en estos índices. Esto quizás refleje las diferencias en las fuentes de derivación y en la determinación de los umbrales, así como en la interpretación de los criterios por parte de los evaluadores individuales o por los distintos centros.

Intervenciones centradas en la fase aguda del primer episodio psicótico

En este periodo es donde se produce una mayor desestructuración de los procesos cognitivos del individuo, de su comportamiento y de su funcionamiento social.

Los objetivos del tratamiento durante este periodo de exacerbación van dirigidos a impedir el daño del paciente hacia los demás o hacia si mismo, a controlar sus conductas alteradas, a reducir la severidad de la sintomatología psicótica y de los síntomas asociados a ésta (agitación, agresividad, ansiedad, miedo, disforia, depresión) y a intentar conseguir un retorno rápido al nivel de funcionamiento anterior a la aparición de la enfermedad. Es además, un momento muy propicio para el estudio de los elementos que hayan podido influir en el desencadenante de la crisis y para el establecimiento de la alianza de

trabajo con la familia (*American Psychiatric Association*, 2004).

El tratamiento de esta fase se recomienda que se realice en dispositivos comunitarios ambulatorios o a domicilio siempre que sea posible (*International Early Psychosis Association Writing Group*, IEPA, 2005; Bertolote, & McGorry, 2005). Las características especiales de esta fase de la enfermedad: agitación, falta de *insight*, desorganización cognitiva, etc., hacen particularmente difícil la aplicación de intervenciones psicológicas. Si a esto le unimos el tratamiento habitual por parte de los servicios de salud mental, dentro de unidades de hospitalización psiquiátrica, con un abordaje exclusivamente farmacológico, y en el mejor de los casos, acompañada de actividades de apoyo inespecíficas, y el aún escaso nivel de desarrollo de las psicoterapias para el abordaje de la psicosis, no nos será difícil entender el por qué de la escasez o práctica inexistencia de intervenciones psicológicas en este momento de la psicosis.

Drury, Birchwood, Cochrane y McMillan (1996a) sostienen que existen tres razones fundamentales por las que es necesario complementar los tratamientos farmacológicos con tratamientos psicológicos durante el periodo agudo de la psicosis. La primera es que los estudios prospectivos de la esquizofrenia nos muestran que los síntomas residuales habituales en la esquizofrenia son un residuo de los episodios psicóticos agudos, de tal manera, que aquellos delirios que permanezcan en un paciente tras su fase aguda, persistirán o se repetirán durante los siguientes dos a ocho años (Harrow, MacDonald, & Sands, 1995). En segundo lugar, se sostiene que acortar la duración de la psicosis aguda es beneficiosa en sí misma, confirmándose que periodos largos de duración de la enfermedad sin tratar debilitan el efecto de los tratamientos farmacológicos, alargando su tiempo de respuesta y prolongando el mantenimiento de la sintomatología delirante (Gunduz-Bruce, McMeniman, Robinson, Woerner, Kane, Schooler, & Lieberman, 2005). Y por último, la experiencia de la psicosis aguda y de los tratamientos para la misma es estresante de por sí, generando habitualmente depresión postsicótica, estrés postraumático y aumentando el riesgo de suicidio, razones que aconsejan complementar los tratamientos farmacológicos con intervenciones psicológicas (Birchwood, 2000).

Drury, Birchwood, Cochrane y McMillan (1996a) llevan a cabo el primer ensayo controlado con cuarenta pacientes durante la fase aguda de la psicosis, en el que pretenden observar los efectos de una forma de terapia cognitiva sobre la rapidez en la eliminación de los síntomas positivos y sobre el posterior grado de residualidad de los mismos.

Para ello, comparan al grupo que recibe terapia cognitiva con otro control que recibe apoyo informal y actividades ocupacionales estructuradas (escuchar música, grupos sociales de discusión, etc). Ambas intervenciones

se suman al tratamiento farmacológico y hospitalario habitual. La terapia cognitiva aplicada consistía en una combinación de cuatro procedimientos individuales y grupales secuenciados según el curso de la recuperación personal:

- a) Terapia cognitiva individual en un contexto de apoyo que incluía desafío de creencias centrales y pruebas de la realidad. Sesiones diarias, tres horas semanales.
- b) Terapia cognitiva en grupo dirigida hacia la observación de inconsistencias e irracionalidades en las creencias de los miembros del grupo y a la consideración de explicaciones alternativas. Sesiones diarias, tres horas semanales.
- c) Sesiones familiares de orientación específica sobre formas útiles de interactuar con el paciente y de apoyarle en el manejo de sus síntomas, en especial de sus delirios durante cinco horas a la semana.
- d) Un programa estructurado de actividades dirigidas a mejorar las habilidades interpersonales y de cuidados durante cinco horas a la semana.

Los resultados mostraron que el grupo de terapia cognitiva presentaba una eliminación más rápida de los síntomas positivos, un nivel menor de sintomatología positiva y un menor grado de convicción delirante a las 12 primeras semanas que el grupo control y que esos resultados se mantenían a los 9 meses de seguimiento.

No se apreciaron diferencias intergrupos en los síntomas de desorganización ni en los negativos. Drury, Birchwood, Cochrane y McMillan (1996b) comprueban asimismo, que esta forma de terapia consigue reducir el tiempo de recuperación de la fase aguda entre un 25-50%, mejorando además de la recuperación sintomatológica, la recuperación clínica, ya que mejora también el nivel de *insight*, se reduce el grado de disforia y reduce a un bajo nivel el grado de pensamiento psicótico.

A los 5 años de seguimiento, sin embargo las diferencias en tasas de recaída, síntomas positivos, o *insight* habían desaparecido entre ambos grupos, permaneciendo en el grupo de terapia un mayor grado de control percibido sobre la enfermedad y una tasa menor de creencias delirantes para quienes no habían tenido más de una recaída en este periodo (Drury, Birchwood, & Cochrane, 2000).

Haddock, Tarrier, Morrison, Hopkins, Drake y Lewis (1999) llevan a cabo un estudio piloto para evaluar la efectividad de una forma breve de terapia cognitiva individual en 21 pacientes hospitalizados en fase aguda, comparándola con otro formato psicoterapéutico que combinaba una forma de psicoeducación y apoyo. Ambas formas de terapia se añadían al tratamiento farmacológico y a los cuidados habituales en los ingresos hospitalarios.

El tratamiento cognitivo se diseñó para aplicarse durante la estancia hospitalaria, pensada en torno a las 5 semanas,

o en su caso hasta que se diese de alta al paciente. Estaba centrado en el tratamiento de delirios y alucinaciones y en los problemas y síntomas habitualmente asociados (ansiedad, depresión, autoestima). En los casos de rápida remisión de síntomas, la terapia se centraba en la prevención de recaídas, problemas asociados y adherencia a la medicación.

La terapia constaba de cuatro elementos: evaluación y enganche, formulación de problemas clave, intervención dirigida a reducir la severidad u ocurrencia de los problemas clave y prevención de recaídas /mantenimiento de la mejoría.

En los resultados, se observó que ambos grupos mostraron por igual al final del tratamiento una reducción significativa de síntomas en la *Escala de Evaluación Psiquiátrica Breve* (BPRS), y no se observaron diferencias significativas en el tiempo de estancia ingresados hasta el alta, si bien, el grupo de apoyo permanecía una media ligeramente mayor. A los dos años de seguimiento, seguía sin haber diferencias significativas entre los grupos, aunque en el grupo de terapia cognitiva era menor el número de recaídas y de pacientes que recayeron.

Lewis, Tarrier, Haddock, Bentall, Kinderman, Kingdon, Siddle, Drake, Everitt, Leadley, Benn, Grazebrook, Haley, Akhtar, Davies, Palmer, Faragher y Dunn (2002) realizan el estudio más amplio y con mayor rigor metodológico existente hasta este momento en pacientes en fase aguda y mayoritariamente en su primer episodio psicótico, lo que le diferencia de los otros estudios, ya que éstos otros abarcan los primeros momentos de la enfermedad (5 primeros años) y no se limitaban a primeros episodios.

El estudio SoCRATES es un ensayo multicéntrico aleatorizado que evaluó la eficacia de la terapia cognitiva añadida a los cuidados de rutina en una unidad de hospitalización de agudos, para mejorar mas rápidamente la sintomatología de un primer episodio psicótico y observar si esa supuesta mejoría se podría mantener en el tiempo.

Se asignaron 315 pacientes aleatoriamente a tres grupos, uno que recibía solo cuidados habituales, fundamentalmente medicación, otro que recibía una forma de

terapia de consejo de apoyo y cuidados habituales, y otro que recibía cuidados habituales y terapia cognitiva individual. La terapia cognitiva preveía unas 15-20 horas (se aplicaron 8 de media), distribuidas a lo largo de 5 semanas y preveía posteriores sesiones de recuerdo.

El formato de terapia se describe en la tabla 4. Los resultados manifestaron una reducción más rápida de la sintomatología total y positiva evaluada en la PANSS en el grupo de terapia cognitiva hacia la 3-4 semana de tratamiento, pero este efecto se perdería a la 6 semana en comparación con el grupo de cuidados habituales. Se observó también, que las alucinaciones auditivas mejoraron más rápidamente en el grupo de terapia cognitiva que el grupo de apoyo.

No se observaron diferencias en los días de estancia hospitalaria entre grupos. En el seguimiento a 18 meses (Tarrier, Lewis, Haddock, Bentall, Drake, Kinderman, Kingdon, Siddle, Everitt, Leadley, Benn, Grazebrook, Haley, Akhtar, Davies, Palmer, Faragher, & Dunn, 2004) se observó que el grupo de terapia cognitiva presentaba menor sintomatología en las escala total y de síntomas positivos de la PANSS que los otros dos grupos, pero no se observaron diferencias intergrupos en índices de recaída o de rehospitalización.

Startup, Jackson y Bendix (2004) realizan un estudio aleatorizado controlado con el fin de observar los efectos de la terapia cognitivo-conductual en la fase aguda de la esquizofrenia cuando se aplica desde entornos clínicos naturales.

La muestra estaba formada por 90 pacientes asignados a un grupo de terapia cognitiva más atención sanitaria habitual o a otro grupo control que recibe solamente la atención sanitaria habitual.

La atención habitual incluye tratamiento farmacológico, cuidados de enfermería durante la hospitalización y atención comunitaria tras el alta, ésta puede incluir a su vez, tratamiento domiciliario, tratamiento en centros de día, apoyo a los cuidadores, clubes sociales, etc.

Por su parte, la terapia cognitiva seguía el modelo propuesto por Fowler, Garety, y Kuipers, (1995) para el

Tabla 4. Terapia cognitivo-conductual para psicosis aguda (Lewis *et al.*, 2002).

<i>Etapas</i>	<i>Contenidos</i>
<i>Enganche y evaluación</i>	Evaluación detallada del estado mental y evaluación dimensional de los síntomas. Formulación cognitivo conductual del caso. Educación sobre la naturaleza y tratamiento de la psicosis.
<i>Generar una lista de problemas</i>	Establecer una lista de problemas ordenada por grado de prioridad, viabilidad y riesgo clínico implicado.
<i>Intervención y monitorización</i>	Intervención en delirios y alucinaciones. Identificar factores precipitantes y protectores. Generar hipótesis alternativas. Reducir el malestar asociado.

tratamiento de la esquizofrenia, centrándose en una perspectiva altamente individualizada y basada en las necesidades, en el empirismo colaborador y las formulaciones cognitivo-conductuales del caso.

Se planificó un tratamiento en torno a 25 sesiones semanales, y se llevó a cabo tanto desde entornos hospitalarios como desde centros de salud mental. A los 12 meses de seguimiento el grupo de terapia cognitiva presentaba una menor sintomatología medida en la *escala de síntomas positivos* (SAPS), en la *escala de síntomas negativos* (SANS) y en la *escala de valoración psiquiátrica breve* (BPRS-E) y además, presentaba un mejor funcionamiento social evaluado por la *escala de funcionamiento social* (SFS), *observando que este cambio afectaba al 60% de los pacientes.*

A los dos años de seguimiento, el grupo de terapia mantenía su ventaja sobre el grupo control en síntomas negativos y funcionamiento social, pero desaparecía su ventaja en la sintomatología positiva.

Se observó también que, comparado con la atención habitual, el grupo de terapia presentaba menos reingresos hospitalarios y había pasado menos días en el hospital durante ese periodo de dos años, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. A la vez, se confirmó que la terapia cognitiva no supone un incremento de coste añadido para los servicios (Startup, Jackson, Evans, & Bendix, 2005).

Intervenciones centradas en la recuperación o fase postpsicótica

La fase postpsicótica es el momento de remisión y estabilización sintomatológica y del inicio de la recuperación clínica y personal. Abarca un periodo aproximado entre los 3 a 18 meses tras la estabilización de la crisis psicótica, y se divide en dos etapas. La recuperación temprana que va de los 3 a 9 primeros meses y la recuperación prolongada que va de los 9 a 18 meses siguientes (Edwards, & McGorry, 2004; IEPA, 2005). Ahora bien, el curso inicial de la psicosis es inestable y proclive a las recaídas, con un 80% de pacientes que recaen en los primeros 5 años de la enfermedad. Es habitual también la exacerbación de síntomas, el consumo de drogas, respuestas desadaptativas de evitación o negación de la enfermedad, el mantenimiento de una sintomatología positiva residual en un 20% de los pacientes y un momento de especial riesgo de suicidio (Edwards y McGorry, 2004). Esta situación hace que sea esencial una atención biopsicosocial intensiva, continuada, activa y de calidad durante este periodo crítico que determinará el curso de los siguientes 15 años para obtener una adecuada recuperación personal (IEPA, 2005). Sin embargo, en la actualidad, aún no disponemos de tratamientos psicológicos suficientemente validados para este primer periodo de la enfermedad. Los formatos terapéuticos adaptados a estas fases iniciales son escasos

y todavía se encuentran en una etapa experimental en su mayoría. A continuación presentamos algunas opciones terapéuticas que pretenden cubrir estas carencias y adaptarse a las diversas y específicas necesidades de este trascendental periodo.

La terapia de Orientación Cognitiva para la Psicosis Temprana (COPE)

La experiencia de la psicosis, el proceso de tratamiento y la respuesta del entorno postpsicótico son experiencias potencialmente traumáticas que bloquean el desarrollo psicosocial posterior de quien la padece. La terapia de orientación cognitiva para la psicosis temprana se desarrolla con el objetivo de ayudar al paciente en la recuperación inicial de su primer episodio psicótico, y de evitar o aliviar la frecuente morbilidad secundaria asociada a éste (Jackson, Edwards, Hulbert, & McGorry, 1999; Jackson, Hulbert, Henry, 2000; Henry, Edwards, Jackson, Hulbert, & McGorry, 2002).

Esta terapia pretende ayudar a preservar un sentido del yo (identidad), a promover una sensación de dominio sobre la experiencia de la psicosis y a preservar o a incrementar su autoeficacia ante el inicio de la enfermedad. La terapia tiene un formato individual, se inicia al final de la fase aguda del episodio psicótico y consta de entre 20 y 30 sesiones.

Utiliza una combinación de psicoeducación y de técnicas cognitivas, y consta de cuatro componentes: evaluación, compromiso, adaptación y morbilidad secundaria (ver tabla 5). Estos componentes, a su vez, se desarrollan a lo largo de cuatro fases: fase de evaluación, que incluye la realización de la evaluación y el establecimiento de la alianza terapéutica; fase inicial, centrada en la colaboración y en la morbilidad primaria y la adaptación; fase intermedia, dirigida hacia la adaptación y la morbilidad secundaria; fase de finalización, destinada a la consolidación de los nuevos estilos adaptativos de comprensión de la psicosis y de las nuevas estrategias de afrontamiento (Henry *et al.*, 2002; Henry, 2004).

Jackson, McGorry, Edwards, Hulbert, Henry, Francey, Maude, Cocks, Power, Harrigan y Dudgeon (1998) realizan un primer estudio piloto utilizando un diseño de grupo control no aleatorizado, y posteriormente evalúan los resultados del seguimiento a un año (Jackson, McGorry, Henry, Edwards, Hulbert, Harrigan, Dudgeon, Francey, Maude, Cocks, & Power, 2001).

En ese estudio, 51 pacientes con primer episodio de psicosis fueron asignados a uno de tres grupos. El primer grupo estaba formado por pacientes que asistían al centro EPPIC y que aceptaron recibir tratamiento cognitivo (COPE). El segundo grupo lo formaron pacientes que también asistían al mismo centro pero que lo rechazaron. El tercer grupo estaba constituido por paciente que recibían tratamiento en régimen de ingreso en la clínica, y que

no recibían ni tratamiento ambulatorio, ni esta modalidad de terapia cognitiva.

Todos los pacientes fueron evaluados en una amplia gama de medidas: sintomatología positiva y negativa (BPRS y SANS), de morbilidad secundaria: depresión (BDI) y sintomatología general, funcionamiento social (SOFAS), y además, se evaluaron dos medidas psicológicas específicas: la medida de integración / negación y la medida del modelo explicativo.

Los resultados obtenidos indican que la COPE tendía a mejorar los indicadores cognitivos de ajuste y de adaptación, pero no la morbilidad secundaria. Los autores creen que esta terapia se muestra más efectiva para cambiar las valoraciones negativas sobre la psicosis, para mejorar las habilidades de afrontamiento, y para impedir el encasillamiento del yo en la psicosis. Esto se conseguiría por medio de la movilización de la persona y de su reenganche en actividades cotidianas y en la consecución de sus metas vitales.

Por el contrario, la terapia se mostró menos efectiva en cambiar los estilos atributivos negativos, las creencias y los esquemas centrales y las características de personalidad negativas (Jackson *et al.*, 2001).

En una prueba controlada posterior, con seguimiento a cuatro años, comparan un grupo de 45 pacientes que recibe el tratamiento habitual en el centro EPPIC mas COPE, con otro de 46 pacientes que recibe solamente el tratamiento habitual en el centro EPPIC (Jackson, McGorry, Edwards, Hulbert, Henry, Harrigan, Dudgeon, Francey, Maude, Cocks, Killackey, & Power, 2005).

A los cuatro años de seguimiento no se apreció diferencia entre grupos. Los autores concluyen que la duración de

la terapia, 15 sesiones de media, con solo 4 dedicadas a la adaptación y ninguna dedicada a la morbilidad secundaria, junto con el ya de por sí altamente eficiente nivel de servicios integrales prestados en el EPPIC, la habitual pérdida de efecto de los tratamientos en el tiempo y algunos defectos metodológicos del estudio, puede explicar estos resultados. En estos momentos esta terapia se encuentra en un segundo nivel de revisión y de desarrollo (Henry, 2004).

Tratamiento Sistemático de la Psicosis Persistente (STOPP)

El tratamiento farmacológico de la psicosis, incluso en aquellos casos en los que se aplica y se sigue de manera optima, plantea una serie de limitaciones, y no solamente por sus habituales bajos índices de adherencia, sino por la existencia de un significativo grupo de pacientes que manifiestan una muy baja o nula respuesta al mismo (Gleeson, Larsen, & McGorry, 2003).

En torno a un 20 % de los primeros episodios psicóticos, siguen experimentando síntomas positivos a los tres meses de iniciado el tratamiento (Addington & Addington, 2001; Edwards, Maude, Herrmann-Doig, Wong, Cocks, Burnett, Bennett, Wade, & McGorry, 2002). Estos datos permiten concluir que se puede determinar relativamente pronto una respuesta inadecuada al tratamiento farmacológico dentro del curso inicial de la enfermedad, lo cual plantea la necesidad de generar intervenciones más intensivas para acelerar la recuperación en esos momentos (Edwards, Maude, Herrmann-Doig, & Gee, 2004).

El tratamiento sistemático de la psicosis persistente es una forma de terapia que va destinada a aquellas personas que presentan una recuperación prolongada del primer episodio de psicosis. El contenido de esta terapia incluye identificar los pensamientos y creencias, revisar las evidencias que fundamentan esas creencias, fomentar la auto-monitorización de las cogniciones, relacionar los pensamientos con el afecto y la conducta, e identificar los sesgos de pensamiento (Jackson *et al.*, 1999).

Las intervenciones tienen como objetivos principales reducir la frecuencia e intensidad de los síntomas positivos, reducir el malestar y la interferencia con el funcionamiento normal producidos por la sintomatología psicótica residual, reducir el trastorno emocional y promover en el individuo una comprensión de la psicosis que permita su participación activa en la regulación del riesgo de recaída y de la discapacidad social (Edwards *et al.*, 2004). Pese a ser una terapia reciente, ya ha sufrido modificaciones, y en su formato actual consiste en una terapia individual, que pretende ser específica para este momento de la enfermedad, flexible, secuenciada y adaptada a las necesidades individuales, se aplica semanalmente durante un máximo de 24 sesiones a lo largo de seis meses y que consta de cuatro fases (Herrman-Doig, Maude, & Edwards, 2003). La tabla 6 especifica las características de esta terapia.

Tabla 5. Terapia de orientación cognitiva para la psicosis temprana (Henry y cols., 2002).

Componentes	Tareas
<i>Evaluación</i>	Evaluar síntomas, conocimiento enfermedad, modelo explicativo, afrontamiento, adaptación e identidad, morbilidad secundaria, trauma y pérdida, personalidad. Establecimiento de agenda.
<i>Compromiso</i>	Desarrollar relación terapéutica basada en la colaboración.
<i>Adaptación</i>	Establecer esperanza. Psicoeducación. Trabajo cognitivo con identidad, sesgos y creencias. Practica conductual. Tareas graduadas. Revisión de progresos.
<i>Morbilidad secundaria</i>	Terapia cognitiva estándar.

En la actualidad están a punto de editarse los resultados de un estudio controlado y aleatorizado (*recovery plus study*), con pacientes de primer episodio psicótico que no han logrado un nivel de remisión predeterminado tras tres meses de tratamiento, y que pretende establecer la eficacia de la introducción temprana de clozapina y terapia STOPP.

Los pacientes se asignan aleatoriamente a uno de cuatro grupos: terapia antipsicótica estándar y manejo de casos, terapia antipsicótica estándar más manejo de casos y STOPP, clozapina más manejo de casos y clozapina más manejo de casos y STOPP (Herrman-Doig, Maude, & Edwards, 2003; Edwards *et al.*, 2004). La evaluación se realizó quincenalmente con seguimiento a 3 y 18 meses.

Intervenciones con las familias

Los primeros momentos de la psicosis son momentos de angustia y de desconcierto para las familias, si este recurso central para la recuperación del joven con psicosis se tambalea, la recuperación inicial se puede tambalear también. Para poder aplicar programas de intervención temprana eficaces, es necesario desarrollar amplios programas que contemplen el trabajo en común con las familias y que presten a éstas el apoyo práctico, emocional, económico, social, educativo e informativo que necesiten desde el inicio de la enfermedad (Bertolote, & McGorry, 2005). Estos programas deben tener como objetivos:

1. Maximizar el funcionamiento adaptativo de la familia.
2. Minimizar la disrupción de la vida familiar causada por el episodio psicótico.
3. Minimizar el riesgo de desarrollar sufrimiento, estrés y carga a largo plazo.

4. Ayudar a la familia a entender el impacto de la psicosis en todos y cada uno de sus miembros así como su influencia en el curso de la misma.
5. Promover una sensación de control sobre la experiencia (Addington, Collins, McCleery, & Addington, 2005a).

A la vez deben considerar que las necesidades familiares iniciales son diferentes a las de la familia cuando ya lleva años conviviendo con la enfermedad, puesto que en estos momentos, aún carecen de experiencia alguna con la enfermedad, el diagnóstico inicial suele ser ambiguo y la recuperación inicial de un primer episodio suele ser buena en un porcentaje elevado de pacientes, lo cual desaconseja intervenciones pensadas para cuidados crónicos más continuados (Addington, & Burnett, 2004).

Las intervenciones familiares con pacientes crónicos son de las más estudiadas, validadas y recomendadas en cualquier guía clínica, pero sin embargo, en el primer episodio están escasamente estudiadas, entre otras, cosas por ir siempre incorporadas dentro de servicios de atención integrales, y suponer una traslación al primer episodio de los formatos utilizados con éxito en pacientes crónicos (Haddock, & Lewis, 2005; Penn, Waldheter, Perkins, Mueser, & Lieberman, 2005; Marshall, & Lockwood, 2005). Quizás esta falta de adaptación o de innovación esté limitando los beneficios de estas terapias en estos momentos iniciales

Lindszen, Dingemans y Van der Does (1996) investigaron la eficacia de una intervención familiar conductual según el modelo de Falloon combinada con terapia individual estándar (centrada en psicoeducación y prevención de recaídas), en comparación con la aplicación en exclusiva de terapia estándar, sobre los niveles de emoción expresada y tasa de recaídas.

Tabla 6. Tratamiento Sistemático de la psicosis persistente (STOPP, Herrman-Doig *et al.*, 2003).

Fases	Áreas tratadas
Desarrollo de una relación colaboradora de trabajo	Evaluación de la experiencia psicótica. Elaboración de una formulación psicológica. Desarrollo de una agenda de trabajo.
Exploración y afrontamiento de la psicosis	Respuesta subjetiva a los síntomas. Psicoeducación sobre psicosis. Estrategias de manejo de síntomas y de estados emocionales. Mantenimiento de objetivos vitales.
Fortalecimiento de la capacidad de relación con los demás	Exploración del sí mismo: identidad y creencias nucleares sobre uno y los demás. Atención a creencias psicóticas sobre los otros. Relación entre sintomatología y dificultades personales.
Cierre y progreso	Planificación del futuro. Establecer metas. Tratamiento de la pérdida y la decepción. Prevención de recaídas. Transición a otros dispositivos asistenciales.

En una primera fase del tratamiento, las familias recibieron intervención psicoeducativa mientras el paciente estaba ingresado, posteriormente siguieron tratamiento ambulatorio que combinaba a lo largo de un año la terapia individual con la intervención familiar.

La modalidad familiar combinada no mostró superioridad sobre la terapia individual estándar, presentando ambos grupos bajas tasas de recaídas y encontrándose, curiosamente, que las familias de baja emoción expresada (EE) que fueron tratadas con intervención familiar, incrementaron ligeramente su nivel de estrés y la tasa de recaídas, respecto a quienes sólo recibieron la intervención individual.

A los 5 años de seguimiento no se apreciaban diferencias intergrupos en recaídas, en los niveles de emoción expresada ni en el funcionamiento social, pero el grupo de terapia familiar había pasado significativamente menos tiempo en los hospitales (Lenior, Dingemans, Linszen De Haan, & Schene, 2001).

Leavey, Gulamhussein, Papadopoulos, Johnson-Sabine, Blizard y King (2004) realizan un estudio controlado aleatorizado con 106 familiares para comparar el efecto sobre la satisfacción percibida por los familiares con los servicios de salud, de una intervención psicoeducativa breve a domicilio que incluía información sobre la psicosis y estrategias de afrontamiento y de solución de problemas más los cuidados habituales con otra que solamente incluía la aplicación de cuidados habituales tras un primer episodio psicótico.

A los 9 meses de seguimiento no se apreció diferencias intergrupos en la satisfacción percibida con los servicios ni en el número de días rehospitalizados. Estos autores concluyen que tras un primer episodio breve y con buena recuperación sintomática, la familia puede percibir menos necesidad de apoyo por los servicios, e incluso valorar el contacto con estos como un recordatorio traumático e innecesario de la enfermedad, desarrollando estilos de afrontamiento evitativos ante los equipos.

Addington, McCleery y Addington (2005b) evalúan la efectividad y aceptación de su programa de intervención familiar (quizás el más innovador y adaptado al inicio de la psicosis de los existentes), incluido en su servicio integral para primeros episodios, a través del estudio longitudinal de una cohorte de 185 familiares. El programa consta de 4 fases que se desarrollan a lo largo de los 3 primeros años de enfermedad (Addington *et al.*, 2005a):

1. *Manejo de la crisis.* Dirigido al enganche y relación de trabajo con la familia, a manejar los síntomas y emociones producidos durante el episodio agudo, a ofrecer un primer modelo explicativo de la enfermedad y a identificar familias de alto riesgo.
2. *Estabilización inicial y facilitación de la recuperación.* Dirigido a evaluar el funcionamiento

familiar, a desarrollar la alianza de trabajo, a aumentar el conocimiento sobre la psicosis y sobre el proceso de recuperación.

3. *Consolidar la mejoría.* Dirigida a implicar al paciente en la recuperación, a manejar el riesgo de recaída, a ajustar las expectativas y a mantener el bienestar personal.
4. *Recuperación prolongada.* Dirigida a cambiar expectativas en recuperaciones incompletas o escasas, a adaptarse a la pérdida y a preparar la transición a otros dispositivos comunitarios.

Tras los tres años de aplicación del programa, observaron reducciones significativas en el grado de malestar psicológico de las familias. Encontrando además, que el predictor más potente de pobre bienestar psicológico en los familiares no era la severidad de los síntomas o el deterioro en el funcionamiento de su familiar enfermo, sino la valoración de la familia del impacto de la enfermedad en ellos mismos.

Intervenciones centradas en los servicios integrales

Los programas de intervención temprana en psicosis están habitualmente formados por equipos interdisciplinarios, que proporcionan una amplia serie de servicios integrados que suelen incluir educación pública, evaluaciones amplias y rápidas, manejo clínico de casos, e intervenciones grupales. Las intervenciones específicas incluyen generalmente farmacoterapia, psicoeducación, manejo de estrés, prevención de recaídas, solución de problemas, consejo de apoyo y rehabilitación social y laboral. También suelen disponer de servicios de terapia familiar y terapia cognitiva. La figura 1 muestra un modelo de servicio de intervención temprana eficaz (Singh y Fisher, 2005). A continuación describiremos brevemente una selección de aquellos programas que nos parecen más relevantes y representativos para ilustrar el modo de desarrollar estos servicios (para una descripción más extensa y detallada de los principales servicios existentes en la actualidad véase Edwards, McGorry, & Pennell, 2000). Su reciente implantación hace que los estudios experimentales sobre sus efectos y resultados sean aún escasos, pero que en los próximos años se paliará, sin duda alguna, esta laguna.

El Centro de Prevención e Intervención en Psicosis Temprana (EPPIC)

Es el centro decano de la intervención temprana, y ha servido de modelo para múltiples iniciativas internacionales que han surgido posteriormente siguiendo en gran medida sus pasos. Es un auténtico motor mundial de la investigación y el desarrollo dentro de esta área. Se trata de un servicio multicomponente desarrollado para tratar

las necesidades de pacientes en las primeras fases de un episodio psicótico. Atiende a un área de 1.025.000 habitantes aproximadamente con una edad media de 22 años. Es un servicio que tiene como objetivos:

- La reducción del nivel de morbilidad primaria y secundaria en los primeros episodios psicóticos a través de una doble estrategia.
- Identificar a los pacientes lo más pronto posible tras el inicio de la psicosis.
- Proporcionar un tratamiento intensivo de hasta 18 meses estructurado por etapas (Edwards y cols., 2000).

Este servicio ha ido evolucionando desde sus orígenes y en estos momentos esta dotado de una amplia serie de componentes integrados (Edwards y McGorry, 2004). Estos incluyen:

1. Un equipo móvil de evaluación y tratamiento (YAT). Es el primer punto de contacto con el EPPIC. Ofrece evaluación inmediata de las primeras presentaciones e intervención en crisis y tratamiento comunitario breve cuando se requiere.
2. Actividades de prevención, promoción y atención primaria.

3. Una unidad de hospitalización dotada con 16 camas.
4. Una clínica para la fase prodrómica (PACE), destinada a la identificación y tratamiento de jóvenes en alto riesgo de desarrollar una psicosis.
5. Trabajo con familias. Incluye grupos multifamiliares y trabajo familiar individual, así como la participación de familias dadas de alta o actuales que puedan servir de apoyo para ayudar a otras familias.
6. Un programa de tratamiento grupal. Contextualizado y adaptado a las necesidades individuales, incluye grupos de pacientes agudos, de recuperación y de focalización, organizados en torno a cuatro módulos grupales: programas vocacionales, expresión creativa, recreativo-social y promoción de la salud y desarrollo personal.
7. Una clínica para la recuperación prolongada (TREAT/STOPP). Dirigida a acelerar la recuperación y a prevenir el establecimiento de resistencia al tratamiento, a través de la identificación temprana de quienes experimentan un proceso de recuperación prolongada.
8. Un programa de servicios estatales. Tiene como objetivo ayudar a otros centros externos del estado a incorporar en enfoque de la atención temprana a los servicios clínicos, a través de educación y

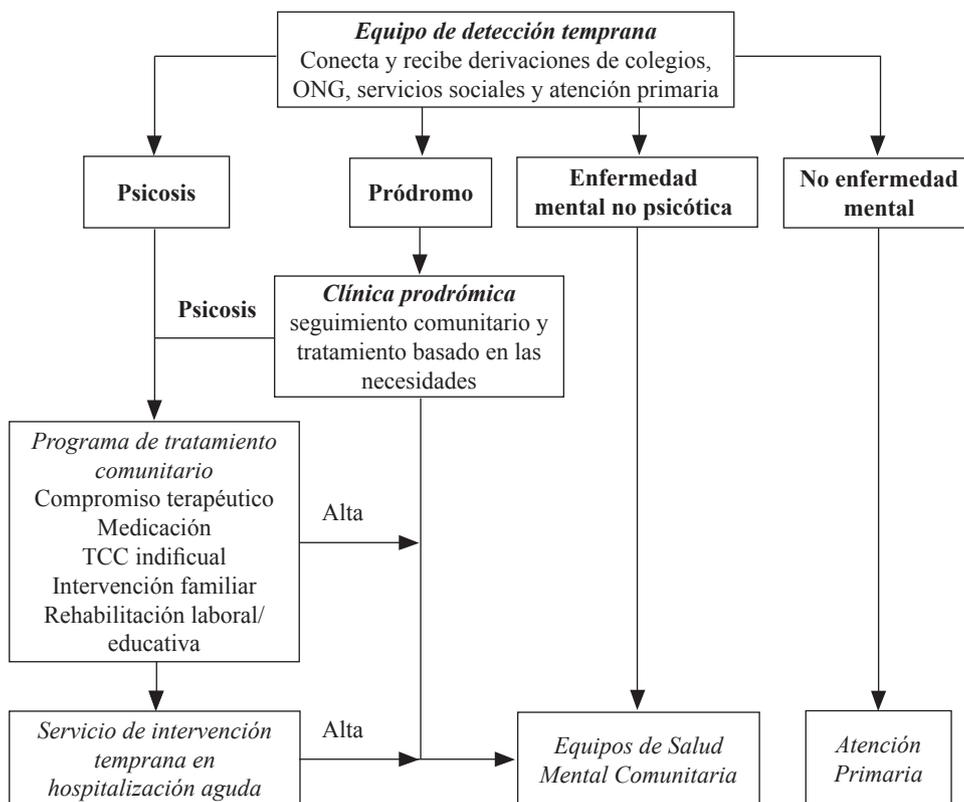


Figura 1. Modelo de servicios de intervención temprana eficaces (Singh, & Fisher, 2005).

formación de personal, elaboración de materiales de apoyo y desarrollo de modelos de práctica locales. Siendo además el director del proyecto nacional de psicosis temprana del gobierno australiano (NEPP).

Este modelo de trabajo fue evaluado a través de un estudio naturalístico de eficacia, comparando los resultados de 51 de sus pacientes con los obtenidos por una cohorte histórica de otros 51, tratados con el modelo tradicional anterior de asistencia.

Los resultados indicaron que el grupo EPPIC tenía mejor calidad de vida, un menor nivel de estrés postraumático, unos periodos de hospitalización menores, unas dosis de fármacos más bajas y había reducido la duración del periodo de psicosis sin tratar (McGorry, Edwards, Mihalopoulos, Harrigan, & Jackson, 1996).

El Servicio de Intervención Temprana de Birmingham (EIS)

Es un servicio específico para jóvenes con un primer episodio psicótico, que ha desempeñado un papel fundamental para el desarrollo actual de los servicios de intervención temprana en Reino Unido y es referente mundial dentro de este campo.

Esta formado por equipos interdisciplinares de urgencia psiquiátrica y tratamiento domiciliario 24 horas al día, servicios de enlace y atención primaria, seguimiento activo y servicios de recuperación y rehabilitación. Utiliza tratamientos biopsicosociales protocolizados que incluyen: tratamiento farmacológico a dosis bajas, terapia cognitiva para delirios y alucinaciones, terapia cognitiva dirigida a mejorar la adaptación y reducir la comorbilidad, intervenciones psicosociales para problemas de toxicomanías y formación prelaboral.

En estos momentos el servicio está estructurado en torno a cuatro componentes integrados (Birchwood, 2005):

1. *Equipo de detección e intervención temprana (ED:IT)* Surge en el 2002 para la detección y tratamiento de jóvenes en situación de alto riesgo de desarrollar una psicosis. Está integrado en el Estudio Europeo para la predicción de la psicosis.
2. *Equipos de acción comunitaria de largo alcance.* Equipos comunitarios organizados en torno a la figura del gestor de caso que son el núcleo del servicio de intervención temprana y que realizan los cuidados integrales de los primeros episodios psicóticos.
3. *Programas vocacionales.* Evalúan las necesidades de formación y empleo de los pacientes y motivan la práctica de actividades o búsqueda de trabajo. Proporcionan un programa prevocacional para quienes aún no están en condiciones de trabajar que incluye actividades estructuradas como

habilidades de vida diaria, artes y oficios, tecnología de la información, etc.

4. *Unidades de acogida.* Casas dentro de la comunidad con 4-6 camas donde los pacientes viven autónomamente. Permiten cuidados ante situaciones de riesgo de recaída, en problemas de adherencia o cambio de tratamiento, en casos de crisis familiares, cuando los cuidadores necesitan un descanso de sus cuidados y tras los ingresos hospitalarios para acortar la estancia en la unidad de agudos.

Este servicio ha sido esencial para el desarrollo del plan del sistema nacional de salud del Reino Unido que contempla una reforma radical del sistema de salud mental y que dispone entre otras medidas, la creación de 50 servicios especializados de intervención temprana para el tratamiento y apoyo activo en la comunidad de estos pacientes y de sus familias. Cada uno de estos servicios está pensado para atender en torno a 150 nuevos casos por año durante un periodo de tres años para cada paciente (Joseph, & Birchwood, 2005).

El Proyecto de Tratamiento e Identificación Temprana de la Psicosis (TIPS)

El proyecto TIPS es un estudio prospectivo multicéntrico longitudinal, diseñado para observar si la identificación temprana y el adecuado tratamiento del primer episodio de psicosis producen un mejor pronóstico a largo plazo.

Para ello, se comparan los pacientes de primer episodio en Rogaland (Noruega), que será el grupo experimental que aplicará el programa de intervención temprana con un grupo control histórico y con otros dos grupos control más, que seguirán con el formato de tratamiento convencional hasta entonces en los servicios de salud mental (Johannessen, Larsen, McGlashan, & Vaglum, 2000; Larsen, Johannessen, McGlashan, Horneland, Mardal, & Vaglum, 2000).

Su objetivo fundamental es reducir el tiempo de enfermedad que pasan los pacientes sin recibir tratamiento (DUP) y observar los efectos de esta reducción en el posterior curso y pronóstico por medio de un sistema específico de detección temprana. El programa consta dos elementos:

1. *Un programa educativo.* Dirigido a tres objetivos diferentes: la población general, los colegios y los profesionales de la salud. Para la población general se lleva a cabo una campaña divulgativa en radio, cine, televisión y prensa para que la gente identificase los signos tempranos de la psicosis y buscara ayuda inmediatamente. Para los colegios se realizó una campaña informativa que incluía cursos obligatorios para personal educativo, programas educativos para profesores y alumnos y edición de

material audiovisual sobre psicosis. Para los profesionales sanitarios se desarrolló un programa educativo que incluía conferencias de presentación y descripción del programa, un manual de evaluación de síntomas psicóticos, vídeos con casos ilustrativos y discusión de casos clínicos.

2. *Equipos de detección temprana*. Son multidisciplinares y trabajan en colaboración con las unidades de salud mental, considerándose un elemento más de los servicios de salud mental convencionales. Se encarga de facilitar el acceso a los servicios, realizar la evaluación diagnóstica y aplicar el protocolo de tratamiento durante un periodo de al menos dos años que incluye:

- a) Psicoterapia flexible de apoyo de orientación dinámica con frecuencia semanal y seguimiento activo.
- b) Un protocolo estándar de medicación a dosis bajas de neurolépticos atípicos (Olanzapina o Risperidona).
- c) Trabajo con familias centrado en la solución de problemas y la psicoeducación a través de grupos multifamiliares, talleres familiares y sesiones familiares individuales.

En un estudio comparando 66 pacientes del grupo de detección temprana con 43 del grupo de detección tradicional, Larsen, McGlashan, Johannessen, Friis, Guldborg, Haahr, Horneland, Melle, Moe, Opjordsmoen, Simonsen y Vaglum (2001) observaron una mayor reducción de la DUP en el primer grupo (mediana de 4 semanas frente a 26 en el tradicional) así como una menor carga de sintomatología psicótica positiva y negativa.

Posteriormente, Friis, Vaglum, Haahr, Johannessen, Larsen, Melle, Opjordsmoen, Rund, Simonsen, & McGlashan, (2005) observan que el grupo de detección temprana también presentaba una cantidad menor de pacientes con larga DUP (superior a dos años) que el tradicional, lo que utilizan como prueba de la validez de las campañas masivas de información y formación para facilitar la detección precoz.

El estudio de identificación y tratamiento temprano de jóvenes pacientes con psicosis (OPUS)

Es un estudio prospectivo realizado en Dinamarca con un doble objetivo: comprobar si la educación y la colaboración intensiva con atención primaria de salud y con otros dispositivos sociales, reduce el tiempo de demora en el inicio del tratamiento de la psicosis, y si un formato de tratamiento asertivo comunitario, adaptado a los primeros episodios de psicosis, puede modificar su curso y resultado.

Se trata de la primera prueba aleatorizada controlada que compara el efecto de un formato de asistencia

temprana con otro basado en la asistencia estándar habitual (Jorgensen, Nordentoft, Abel, Gouliayev, Jeppesen y Kassow, 2000).

El tratamiento estándar incluye los cuidados habituales utilizados en los servicios daneses de salud mental para el tratamiento de los primeros episodios psicóticos. El programa de tratamiento integrado se realiza durante dos años y consta de los siguientes elementos:

1. *Un programa de detección temprana*. Se trata de un programa educativo similar al descrito en el programa TIPS, dirigido a médicos, profesores, servicios sociales, asociaciones de jóvenes, etc. y a promocionar una rápida derivación al servicio de intervención temprana.
2. *Un programa de tratamiento asertivo comunitario modificado*. Incluye la asignación de un gestor de casos para 10 pacientes, utilización de medicación neuroléptica a dosis baja, tratamiento familiar psicoeducativo y entrenamiento en habilidades sociales. El tratamiento multifamiliar psicoeducativo incluye sesiones unifamiliares sin paciente, grupos psicoeducativos sin paciente y grupos multifamiliares con pacientes. El entrenamiento en habilidades sociales se adapta a sus necesidades, incluyendo un entrenamiento en grupo de módulos relacionados con medicación, automanejo, afrontamiento de síntomas, habilidades de comunicación y de solución de problemas y un entrenamiento individual en habilidades de vida diaria.

En el estudio aleatorizado se asignaron 275 pacientes al grupo tratamiento integrado y 272 al grupo de tratamiento estándar.

Los resultados tras el primer año muestran una mejoría estadísticamente significativa en el grupo de tratamiento integrado en la sintomatología psicótica, evaluada con la SAPS, una menor comorbilidad en consumo de drogas, un mejor nivel de funcionamiento social evaluado con la GAF, uno mejores niveles de residencia (con menos mendigos o pacientes en residencias protegidas) y un mejor resultado laboral (Petersen, Nordentoft, Jeppesen, Ohlenschlaeger, Thorup, Christensen, Krarup, Dahlstrom, Haastrup, & Jorgensen, 2005). En otro estudio (Jeppesen, Petersen, Thorup, Abel, Oehlenschlaeger, Christensen, Krarup, Hemmingsen, Jorgensen, & Nordentoft, 2005), también se observó una menor carga familiar subjetiva, evaluada con la subescala de carga de enfermedad de la *Escala de evaluación de funcionamiento social* (SBAS) y un mayor nivel de satisfacción con el tratamiento, evaluado con una versión adaptada del *Cuestionario de satisfacción* de Attkison y Zwick (1982) en los familiares del grupo de tratamiento integrado. No se apreció diferencia con el grupo estándar en los niveles de emoción expresada y en el conocimiento sobre la enfermedad. Por su parte,

Thorup, Petersen, Jeppesen, Ohlenschlaeger, Christensen, Krarup, Jorgensen y Nordentoft (2005) subrayan además la existencia de una menor carga de sintomatología negativa en la SANS y de una mejor adherencia al tratamiento farmacológico.

El programa de intervención Temprana de Calgary (EPP)

Surge con el objetivo de identificar precozmente las psicosis, reducir la demora en el inicio del tratamiento, reducir los síntomas psicóticos y la morbilidad secundaria, reducir la frecuencia y severidad de las recaídas, promover el desarrollo psicosocial normal de los pacientes en su primer episodio psicótico y reducir la carga familiar (Addington, & Addington, 2001). Para ello ofrecen un tratamiento durante tres años estructurado en torno a cinco áreas:

1. *Manejo de casos.* Asignación de un psiquiatra y de un responsable de caso que lleva acabo la coordinación del programa a través de los distintos recursos comunitarios utilizados y que realiza además tareas de apoyo y educación.
2. *Tratamiento farmacológico.* Neurolépticos atípicos a dosis bajas.
3. *Terapia cognitivo-conductual.* Se aplica individualmente en dos modalidades, una dirigida a la reducción de la comorbilidad y a la adaptación a la psicosis y otra dirigida a la reducción de la sintomatología positiva.
4. *Terapia de grupo.* Desarrolla distintos tipos de grupos con objetivos específicos cada uno: educación sobre psicosis, grupo de recuperación, sobre buena salud, grupos sobre consumo de drogas, y para la reincorporación al estilo de vida habitual.
5. *Intervenciones familiares.* Intervención psicoeducativas unifamiliares, 6 a 8 sesiones iniciales, durante los seis primeros meses, grupos de intervención familiar breve en los seis meses siguientes centrado en la solución de problemas, y planificación del alta en el segundo año.

Por otro lado, este programa forma parte del estudio multicéntrico para la detección y tratamiento de la psicosis en su fase prodrómica (PRIME) y es una de las tres sedes para el proyecto nacional del sistema de salud canadiense de intervención precoz, juventud y enfermedad mental.

Al cabo del primer año de programa, con 180 pacientes estudiados, se observa una mejoría significativa en los síntomas positivos medidos por la PANSS, una reducción de la clínica depresiva medida por la *Escala de depresión de Calgary*, y no se aprecia efecto significativo sobre la sintomatología negativa. Estando el 72% en remisión, un 28% en estado psicótico (Addington, Leriger, & Addington, 2003).

Conclusiones

En esta primera mitad de década del siglo XXI, han empezado a salir a la luz los primeros trabajos experimentales que de manera gradual y con la consiguiente cautela, tanto por el estadio en que se hallan estas investigaciones, como por el aún reducido número de ellas, van proporcionando de manera consistente, el soporte científico a los principales postulados teóricos del movimiento promotor de la intervención temprana en psicosis.

De esta manera, parece que sus principales objetivos están empezando a acumular un interesante soporte empírico, pudiendo comprobar que se pueden detectar de manera eficaz y con más prontitud las psicosis en sus primeras manifestaciones, tanto en la forma presicótica como en su primer episodio (McGorry *et al.*, 2003; Phillips, McGorry, Young, McGlashan, Cornblatt, & Klosterkötter, 2005); que se puede reducir de manera muy importante el tiempo que pasa la persona padeciendo su trastorno sin recibir tratamiento y que se pueden establecer formas de tratamiento que consiguen demorar el inicio de la enfermedad, o bien, reducir su impacto, si al final se acaba desarrollando, y permitir de esta manera, una recuperación inicial más rápida y completa (Edwards, & McGorry, 2004; IEPA, 2005). Sin embargo, estas primeras impresiones aún están cubiertas de una importante cantidad de incógnitas y de limitaciones.

Observamos como se está estableciendo un avance sin precedentes hasta ahora en la detección de los estados presicóticos y en la identificación de perfiles de alto riesgo de desarrollar una psicosis en corto espacio de tiempo (Yung *et al.*, 2005; Miller *et al.*, 2003; Häfner *et al.*, 2004). Observamos que las terapias cognitivas individuales ayudan en el proceso de demorar o prevenir el inicio de un episodio psicótico (Morrison *et al.*, 2004; McGorry *et al.*, 2002; Bechdolf *et al.*, 2005) y también se muestran útiles para acelerar la recuperación y disminuir la carga sintomatológica de los episodios agudos, para reducir la duración de la estancia hospitalaria e incluso para disminuir la residualidad de la clínica psicótica (Drury *et al.*, 1996; Lewis *et al.*, 2002; Startup *et al.*, 2004).

También se ha probado que se puede conseguir una mejor adaptación y recuperación de la psicosis en la fase postaguda (Jackson *et al.*, 2001). Pero, en la fase de estabilización de los primeros episodios psicóticos la ausencia de intervenciones psicológicas empíricamente validadas aún es la tónica general (Marshall, & Lockwood, 2005; Penn *et al.*, 2005; Haddock, & Lewis, 2005) quedando además importantísimas lagunas en el abordaje terapéutico específico de comorbilidades, de la prevención de recaídas o de la rehospitalización. Será pues, una importante tarea para el futuro definir mejor los tratamientos indicados para estas fases iniciales, así como refinar y ajustar más las características de los existentes (duración, contenidos, agenda), y a la vez, estudiar el modo de integrar mejor

estas intervenciones con otros tratamientos psicológicos y farmacológicos (Haddock, & Lewis, 2005).

En cuanto a las intervenciones integrales procedentes de los servicios de intervención temprana, estas han demostrado que mejoran el curso inicial de la enfermedad, desapareciendo prácticamente el tiempo de espera sin recibir tratamiento de los pacientes en sus primeros episodios psicóticos (Larsen *et al.*, 2001), a la vez que mejoran el estado clínico y el funcionamiento social, y también se han mostrado útiles para reducir las rehospitalizaciones y la duración de la estancias hospitalarias (McGorry *et al.*, 1996; Addington *et al.*, 2003; Petersen *et al.*, 2005).

Pero paralelamente a estos avances, existen importantes carencias metodológicas, ya que la mayoría de estas investigaciones están basadas en diseños cuasi-experimentales y utilizan grupos de comparación históricos, prospectivos o diseños de grupo único, sin apenas pruebas aleatorizadas y controladas, lo que hace que estos primeros resultados convenga contemplarlos con prudencia (Penn *et al.*, 2005; Marshall, & Lockwood, 2005).

La propia organización de los servicios de intervención temprana es aún un tema abierto, ya que como hemos visto, existen abordajes marcadamente diferentes. Desde la organización de la intervención temprana como programas de investigación en unidades de agudos o centros de salud mental, pasando por la organización de estructuras privadas mixtas de investigación y asistencia, o la incorporación como un programa más de una cartera de servicios dentro del sistema general, hasta el desarrollo de toda una red de servicios especializados e integrados dentro de la política sanitaria de todo un país encaminado a cambiar radicalmente las maneras de tratar la psicosis.

En todo caso, con todas estas limitaciones señaladas y posiblemente otras más no analizadas aquí, nos parece que estamos asistiendo a los orígenes de un momento histórico en el tratamiento de la psicosis, un momento que cambiará nuestra concepción de la enfermedad, nuestros tratamientos, la organización de nuestros servicios y nuestros modos de trabajo de manera irreversible. Lo que queda por venir no puede ser sino mejor.

Referencias

- American Psychiatric Association (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia (Segunda edición)*. Washington, DC: APA.
- Addington, J., & Addington, D. (2001). Early intervention for psychosis: The Calgary early psychosis treatment and prevention program. *Canadian Psychiatric Association Bulletin*, 33, 11-16.
- Addington, J., & Burnett, P. (2004). Working with families in the early stages of psychosis. En J. Gleeson & P.D. McGorry (Eds.), *Psychological interventions in early psychosis. A treatment handbook* (págs. 99-116). Chichester, UK: Wiley.
- Addington, J., Leriger, E., & Addington, D. (2003). Symptom outcome 1 year after admission to an early psychosis program. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 204-207.
- Addington, J., McCleery, A., & Addington, D. (2005b). Three year outcome of family work in early psychosis program. *Schizophrenia Research*, 79, 107-116.
- Addington, J., Collins, A., McCleery, A., & Addington, D. (2005a). The role of family work in early psychosis. *Schizophrenia Research*, 79, 77-83.
- Attkisson, C., & Zwick, R. (1983). The client satisfaction questionnaire. Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5, 223-237.
- Bechdolf, A., Ruhrmann, S., Wagner, M., Uwe Kühn, K., Janssen, B., Böttlinger, R., Wieneke, A., Schulze-Lutter, F., Maier, W., & Kosterkötter, J. (2005a). Interventions in the initial prodromal states of psychosis in Germany: concept and recruitment. *British Journal of Psychiatry*, 187 (Supl. 48), 45-48.
- Bechdolf, A., Veith, V., Schwarzer, D., Schormann, M., Stamm, E., Janssen, B., Berning, J., Wagner, M., & Klosterkötter, J. (2005b). Cognitive-behavioral a therapy in the pre-psychotic phase: An exploratory study. *Psychiatry Research*, 136, 251-255.
- Bertolote, J., & McGorry, P. (2005). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: Consensus statement. *British Journal of Psychiatry*, 187 (Suplemento 48), 116-119.
- Birchwood, M. (2000). The critical period for early intervention. En M. Birchwood, D. Fowler, & C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions* (págs. 28-63). Chichester, UK: Wiley.
- Birchwood, M. (2005). Intervención temprana en psicosis: investigación, práctica clínica y reforma de los servicios en el Reino Unido. En J.L. Vázquez Barquero, V. Crespo, & A. Herrán (Eds.), *Las fases tempranas de la psicosis* (págs. 145-159). Barcelona: Masson.
- Cornblatt, B., Lencz, T., & Obuchowski, M. (2002). The schizophrenia prodrome: treatment and high-risk perspectives. *Schizophrenia Research*, 54, 177-186.
- Cornblatt, B., Lencz, T., Smith, C., & Auther, A. (2004). Treatment of the schizophrenia prodrome. En W.S. Stone, S.V. Faraone, & M.T. Tsuang (Eds.), *Early clinical intervention and prevention in schizophrenia* (págs. 303-323). Totowa, NJ: Humana Press.
- Cornblatt, B., Lencz, T., Smith, C., Correll, C., Auther, A., y Nakayama, E. (2003). The schizophrenia prodrome revisited: A neuro developmental perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 29 (4), 633-651.
- Drury, V., Birchwood, M., y Cochrane, R. (2000). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. III: Five year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 177, 8-14.
- Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R., & MacMillan, F. (1996a). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 169, 539-601.
- Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R., & MacMillan, F. (1996b). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. II. Impact on recovery time. *British Journal of Psychiatry*, 169, 602-607.

- Edwards, J. y McGorry, P.D. (2004). *La intervención precoz en la psicosis. Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis*. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis (original de 2002).
- Edwards, J., McGorry, P.D., & Pennell, K. (2000). Models of early intervention in psychosis: an analysis of service approaches. En M. Bichwood, K. Fowler, & C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions* (págs. 281-314). Chichester: UK, Wiley.
- Edwards, J., Wade, D., Herrman-Doig, T., & Gee, D. (2004). Psychological treatment of persistent positive symptoms in young people with first-episode psychosis. En J. Gleeson y P.D. McGorry (Eds.), *Psychological interventions in early psychosis. A treatment handbook*. (págs. 191-208). Chichester, UK: Wiley.
- Edwards, J., Maude, D., Herrmann-Doig, T., Wong, L., Cocks, J., Burnett, P., Bennett, C., Wade, D., & McGorry, P.D. (2002). A service response to prolonged recovery in early psychosis. *Psychiatric Services*, 53 (9), 1067-1069.
- Falloon, I.R.H. (1992). Early intervention for first episodes of schizophrenia: A preliminary exploration. *Psychiatry*, 55, 4-14.
- Falloon, I.R., Kydd, R., Coverdale, J., & Tannis, M. (1996). Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22 (2), 271-282.
- Fowler, D., Garety, P., & Kuipers, E. (1995). *Cognitive behaviour therapy for psychosis: Theory and practice*. Chichester, UK: Wiley.
- French, P., & Morrison, A.P. (2004). *Early detection and cognitive therapy for people at high risk of developing psychosis*. Chichester, UK: Wiley.
- Friis, S., Vaglum, P., Haahr, U., Johannessen, J., Larsen, T., Melle, I., Opjorsmoen, S., Rund, B., Simonsen, E., & McGlashan, T. (2005). Effect on an early detection programme on duration of untreated psychosis. Part of the Scandinavian TIPS study. *British Journal of Psychiatry*, 187 (Suplemento 48), 29-32.
- Gleeson, J., Larsen, T.K., & McGorry, P.M. (2003). Psychological treatment in preand early psychosis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31 (1), 229-245.
- Gunduz-Bruce, H., McMeniman, M., Robinson, D., Woerner, M., Kane, J., Schooler, N., & Lieberman, J. (2005). Duration of untreated psychosis and time to treatment response for delusions and hallucinations. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1966-1969.
- Haddock, G., & Lewis, S. (2005). Psychological interventions in early psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 31 (3), 697-704.
- Haddock, G., Tarrier, N., Morrison, A.P., Hopkins, R., Drake, R., & Lewis, S. (1999). A pilot study evaluating the effectiveness of individual in patient cognitive-behavioural therapy in early psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 254-258.
- Häfner, H., Maurer, K., Ruhrmann, S., Bechdorf, A., Kosterkötter, J., Wagner, M., Maier, W., Böttlinger, R., Moller, H., Gaebel, W., & Wölwer, W., (2004). Early detection and secondary prevention of psychosis: facts and visions. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254, 117-128.
- Harrow, M., MacDonald, A., & Sands, J. (1995). Vulnerability to delusions over time in schizophrenia and affective disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 95-109.
- Henry, L. (2004). Psychological intervention in recovery from early psychosis: Cognitively oriented psychotherapy. En J. Gleeson, & P.D. McGorry (Eds.), *Psychological interventions in early psychosis. A treatment handbook* (págs. 63-80). Chichester, UK: Wiley.
- Henry, L.P., Edwards, J., Jackson, H.J., Hulbert, C.A., & McGorry, P.D. (2002). *Cognitively oriented psychotherapy for first-episode psychosis (COPE): A practitioner's manual*. Melbourne: EPPIC.
- Herrmann-Doig, T., Maude, D., & Edwards, J. (2003). *Systematic Treatment of Persistent Psychosis (STOPP): Apsychological approach to facilitating recovery in young people with first-episode psychosis*. Londres: Martin Dunitz.
- International Early Psychosis Association Writing Group (2005). International clinical practice guidelines for early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 187 (Suplemento 48), 120-124.
- Jackson, H., McGorry, P., Edwards, J., Hulbert, C., Henry, L., Francey, S., Maude, D., Cocks, J., Power, P., Harrigan, S., & Dudgeon, P. (1998). Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE): Preliminary results. *British Journal of Psychiatry*, 172 (Suplemento 33), 93-100.
- Jackson, H.J., Edwards, J., Hulbert, C., & McGorry, P. (1999). Recovery from psychosis: Psychological interventions. En P. McGorry, & H.J. Jackson (Eds.), *The recognition and management of early psychosis: A preventive approach* (págs.265-307). Cambridge: Cambridge University Press.
- Jackson, H.J., Hulbert, C.A., & Henry, L.P. (2000). The treatment of secondary morbidity in first-episode psychosis. En M. Birchwood, D. Fowler, & C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions* (págs. 213-235). Chichester, UK: Wiley.
- Jackson, H.J., McGorry, P.D., Henry, L., Edwards, J., Hulbert, C., Harrigan, S., Dudgeon, P., Francey, S., Maude, D., Cocks, J., & Power, P. (2001). Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE). A 1-year follow-up. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 57-70.
- Jackson, H.J., McGorry, P., Edwards, J., Hulbert, C., Henry, L., Harrigan, S., Dudgeon, P., Francey, S., Maude, D., Cocks, J., Killackey, & E., Power, P. (2005). A controlled trial of cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE) with four year follow-up readmission data. *Psychological Medicine*, 35, 1-12.
- Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Abel, M., Oehlenschlaeger, J., Christensen, T., Krarup, G., Hemmingsen, R., Jorgensen, P., & Nordentoft, M. (2005). Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden. OPUS trial. *British Journal of Psychiatry*, 187 (Suplemento 48), 85-90.
- Johannessen, J., Larsen, T., McGlashan, T.M., & Vaglum, P. (2000). Early intervention in psychosis: The TIPS-project, a multi-centre study in Scandinavia. En B. Martindale, A. Bateman, M. Crowe, & F. Margison (Eds.), *Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness* (págs. 210-234). Londres: Gaskell.
- Jorgensen, P., Nordentoft, M., Abel, M.B., Gouliaev, G., Jeppesen, P., & Kassow, P. (2000). Early detection and

- assertive community treatment of young psychotics: The Opus Study. Rationale and design of the trial. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 283-287.
- Joseph, R., Birchwood, M. (2005). The national policy reforms for mental health services and the story of early intervention services. *Review Psychiatric Neuroscience*, 30 (5), 362-365.
- Larsen, T.K., Johannessen, J.O., McGlashan, T. Horneland, M., Mardal, S., & Vaglum, P. (2000). Can duration of untreated illness be reduced? En M. Birchwood, K. Fowler y C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions* (págs. 143-165). Chichester, UK: Wiley.
- Larsen, T.K., McGlashan, T., Johannessen, J.O., Friis, S., Guldberg, C., Haahr, U., Horneland, M., Melle, I., Moe, L., Opjordsmoen, S., Simonsen, E., & Vaglum, P. (2001). Shortened duration of untreated first episode of psychosis: Changes in patient characteristics at treatment. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1917-1919.
- Leavey, G., Gulamhussein, S., Papadopoulos, C., Johnson-Sabine, E., Blizard, B., & King, M. (2004). A randomized controlled trial of a brief intervention for families of patients with a first episode of psychosis. *Psychological Medicine*, 34, 1-9.
- Lemos, S., Vallina, O., Fernández, P., Ortega, J.A., García, P., Gutiérrez, A., García, A., Bobes, J., & Miller, T. (2005). Validez predictiva de la Escala de síndromes prodrómicos (SOPS). *Actas Españolas de Psiquiatría* (en prensa).
- Lencz, T., Smith, C., Auther, A., Correll, C., & Cornblatt, B. (2004). Non specific and attenuated negative Symptoms in patients at clinical high-risk for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 68, 37-48.
- Lenior, M., Dingemans, P., Linszen, D., De Haan, L., & Schene, A. (2001). Social functioning and the course of early-onset schizophrenia: five years follow-up of a psychosocial intervention. *British Journal of Psychiatry*, 179, 53-58.
- Lewis, S., Tarrier, N., Haddock, G., Bentall, R., Kinderman, P., Kingdon, D., Siddler, R., Drake, R., Everitt, J., Leadley, K., Benn, A., Grazebrook, K., Haley, C., Akhtar, S., Davies, L., Palmer, S., Faragher, B., & Dunn, G. (2002). Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 181 (Suplemento 43), 91-97.
- Linszen, D., Dingemans, P., & Van der Does, A.J.W. (1996). Treatment, expressed emotion, and relapse in recent onset schizophrenic disorders. *Psychological Medicine*, 26, 333-342.
- Marshall, M., & Lockwood, A. (2005). Early intervention for psychosis (review). *The Cochrane Library* 3: Wiley.
- McGlashan, T.H., Zipursky, R. B., Perkins, D., Addington, J., Miller, T.J., Woods, S.W., Hawkins, K.A., Hoffman, R., Lindborf, S., Tohen, M., & Breier, A. (2003). The PRIME North America randomized double-blind clinical trial of olanzapine versus placebo in patients at risk of being prodromally symptomatic for psychosis I. Study rationale and design. *Schizophrenia Research*, 61, 7-18.
- McGorry, P.D. (2000). Psychotherapy and recovery in early psychosis: A core clinical and research challenge. En B. Martingale, A. Bateman, M. Crowe, y F. Margison (Eds.), *Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness* (págs. 266-292). Londres: Gaskell.
- McGorry, P.D. (2004). An overview of the background and scope for psychological interventions in early psychosis. En J.F.M. Gleeson y P.D. McGorry (Eds.), *Psychological interventions in early psychosis. A treatment handbook* (págs. 1-22). Chichester, UK: Wiley.
- McGorry, P.D., Yung, A., & Phillips, L. (2003). The "close-in" or ultra high-risk model: a safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 29 (4), 771-790.
- McGorry, P.D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S., & Jackson, H.J. (1996). EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22 (2), 305-326.
- McGorry, P.D., Yung, A., Phillips, L., Francey, S., Cosgrave, E.M., Germano, D., Bravin, J., McDonald, T., Blair, A., Adlard, S., & Jackson, H. (2002). Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 59, 921-928.
- Miller, T. (2004). Estudios de investigación del tratamiento del prodromo sintomático en esquizofrenia. *Jornada de Actualización en Fases Iniciales de los Trastornos Psicóticos*. Oviedo, junio de 2004.
- Miller, T., McGlashan, T.H., Lifshay, J., Somiee, L., Stein, K., & Woods, S. (2002). Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the structured interview for prodromal syndromes: preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. *American Journal of Psychiatry*, 159, 863-865.
- Miller, T.J., McGlashan, T.H., Woods, S.W., Stein, K., Driesen, N., Corcoran, C.M., Hoffman, R., & Davidson, L. (1999). Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. *Psychiatric Quarterly*, 70 (4), 273-287.
- Miller, T., Zipursky, R.B., Perkins, D., Addington, J., Woods, S., Hawkins, K.A., Hoffman, R., Preda, A., Epstein, I., Addington, D., Lindborg, S., Marquez, S., Tohen, M., Breier, A., & McGlashan, T.H. (2003). The PRIME North America randomized double-blind clinical trial of olanzapine versus placebo in patients at risk of being prodromally symptomatic for psychosis II. Baseline characteristics of the "prodromal" sample. *Schizophrenia Research*, 61, 19-30.
- Morrison, A.P., Bentall, R.P., French, P., Walford, L., Kilcommons, A., Knight, A., Kreutz, M., & Lewis, S.W. (2002). Randomised controlled trial of early detection and cognitive therapy for preventing transition to psychosis in high-risk individuals. *British Journal of Psychiatry*, 181 (Suplemento 43), 78-84.
- Morrison, A.P., French, P., Walford, L., Lewis, S., Kilcommons, A., Green, J., Parker, S., & Bentall, R.P. (2004). Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk. *British Journal of Psychiatry*, 185, 291-297.
- Phillips, L., Leicester, S.B., O'dwyer, L.E., Francey, S.M., Koutsogiannis, J., Abdel-Baki, A., Kelly, D., Jones, S., Vay, C., Yung, A.R., & McGorry, P.D. (2002). The PACE clinic: identification and management of young people at "Ultra" high risk of psychosis. *Journal of Psychiatric Practice*, 8 (5), 255-269.
- Phillips, L., & Francey, S. (2004). Changing PACE: Psychological interventions in the prepsychotic phase. En J.F.M. Gleeson,

- & P.D. McGorry (Eds.), *Psychological interventions in early psychosis. A treatment handbook* (págs. 23-40). Chichester, UK: Wiley.
- Phillips, L., McGorry, P., Young, A., McGlashan, T., Cornblatt, B., & Klosterkötter, J. (2005). Prepsychotic phase of schizophrenia and related disorders: Recent progress and future opportunities. *British Journal of Psychiatry*, *187* (Suplemento 48), 33-44.
- Penn, D.J., Waldheter, E.J., Perkins, D.O., Mueser, K.T., & Lieberman, J.A. (2005). Psychosocial treatment for first-episode psychosis: A research Update. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 2220-2232.
- Petersen, L., Nordentoft, M., Jeppesen, P., Ohlenschlaeger, J., Thorup, A., Christensen, T., Krarup, G., Dahlstrom, J., Haastrup, B., & Jorgensen, P. (2005). Improving 1-year outcome in first- episode psychosis. OPUS trial. *British Journal of Psychiatry*, *187* (Suplemento 48), 98-103.
- Singh, S.P., & Fisher, H.L. (2005). Early intervention in psychosis: obstacles and opportunities. *Advances in Psychiatric Treatment*, *11*, 71-78.
- Startup, M., Jackson, M., & Bendix, S. (2004). North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: outcomes at 6 and 12 months. *Psychological Medicine*, *34*, 413-422.
- Startup, M., Jackson, M., Evans, K., & Bendix, S. (2005). North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: two-year follow-up and economic evaluation. *Psychological Medicine*, *35*, 1-10.
- Tarrier, N., Lewis, S., Haddock, G., Bentall, R., Drake, R., Kinderman, P., Kingdon, D., Siddler, R., Everitt, J., Leadley, K., Benn, A., Grazebrook, K., Haley, C., Akhtar, S., Davies, L., Palmer, S., Faragher, B., & Dunn, G. (2004). Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia. 18-month follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *184*, 231-239.
- Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Ohlenschlaeger, J., Christensen, T., Krarup, G., Jorgensen, P., & Nordentoft, M. (2005). Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode psychosis- results from the Danish OPUS trial. *Schizophrenia Research*, *79*, 95-105.
- Vallina, O. (2002). El inicio de la rehabilitación psicosocial: la intervención temprana en psicosis. En M.A. Verdugo, D. López, A. Gómez, & M. Rodríguez (Eds.), *Rehabilitación en salud mental. Situaciones y perspectivas* (págs. 243-266). Salamanca: Amarú.
- Vallina, O., Alonso, M., Gutierrez, A., Ortega, J.A., Garcia, A., Fernández, P., & Lemos, S. (2003). Aplicación de un programa de intervención temprana en psicosis. Un nuevo desarrollo para las unidades de salud mental. *Avances en Salud Mental Relacional*, *2*, <http://bibliopsiquis.com/asmr/0203/>
- Vallina, O., Ortega, J. A., Gutiérrez, A., García, P., García, A., Fernández, P., & Lemos, S. (2004) Intervención temprana en psicosis: La experiencia en Torrelavega. *X Curso Anual de Esquizofrenia. Psicoterapias e intervenciones precoces en la esquizofrenia*. Madrid
- Yung, A.R., & McGorry, P.D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, *22* (2), 353-370.
- Yung, A., Phillips, L., McGorry, P., McFarlane, C., Francey, S., Harrigan, S., Patton, G., & Henry, J. (1998). Prediction of psychosis: A step towards indicated prevention of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, *172* (suplemento. 33), 14-20.
- Yung, A.R., Phillips, L.J., Pan Yuen, H., & McGorry, P.D. (2004). Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: Psychopathology and clinical features. *Schizophrenia Research*, *67*, 131-142.
- Yung, A., Phillips, L.J., PanYuen, H., Francey, S., McFarlane, C.A., Hallgren, M.A., & McGorry, P.D. (2003). Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group. *Schizophrenia Research*, *60*, 21-32.
- Yung, A., Yuen, H., McGorry, P., Phillips, L., Kelly, D., Dell'olio, M., Francey, S., Cosgrave, E., Killackey, E., Stanford, C., Godfrey, K., & Buckby, J. (2005). Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of a at-risk mental states. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *39*, 964-971.