



Universitat Ramon Llull

TESIS DOCTORAL

Título: Intervención psicoterapéutica en la fase inicial de la esquizofrenia: diseño y desarrollo del programa PIPE

Realizada por : Carol Palma Sevillano

en el Centro : Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna

y en el Departamento: Psicología

Dirigida por: el Dr. Josep Cañete Crespillo y la Dra. Núria Farriols Hernando

TESIS DOCTORAL

**Intervención psicoterapéutica en la fase
inicial de la esquizofrenia: diseño y
desarrollo del programa PIPE**

Departamento de Psicología de la Facultad de Psicología, Ciències de l'Educació i de
l'Esport Blanquerna. Universitat Ramon Llull.

DOCTORANDA: Carol Palma Sevillano

Director: Dr. Josep Cañete Crespillo
Codirectora: Dra. Núria Farriols Hernando

Barcelona, enero de 2007

Este trabajo se ha realizado gracias a la beca predoctoral para la *Formació de Personal Investigador* (FI) 2003FI-0932 concedida por el *Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació* (DURSI) y a la subvención de la *Fundació Seny* (*Schizophrenia Research Foundation*)

A mis padres,
que siempre estáis en mí, en mi perseverancia y en mi sensibilidad

A David y Carlos,
veros crecer tan felices ha sido el mejor regalo de estos años

A Luís,
*porque el misterio de la precocidad reside en la confianza
incondicional que depositaste en mí*

A Lupe,
que hiciste posible que hoy siga creyendo en mis ideales todos los días

Agradecimientos

En primer lugar quisiera dedicar un agradecimiento especial a la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna* por el apoyo institucional que me ha brindado durante mi formación como investigadora.

Gracias a todos los profesionales de la facultad que se dedican a facilitar la logística de la formación de las personas, pero sobretodo, gracias por el apoyo moral que se respira en cada acto de comunicación con vosotros.

Gracias al Hospital de Mataró y el servicio de psiquiatría del *Consorti Sanitari del Maresme* que han hecho posible la realización de este trabajo.

Gracias a la *Fundació Seny* por haber apoyado y financiado mi estancia en Birmingham durante la recta final de la tesis y por haberme dado aliento para mantener mi ilusión por la investigación.

Por otro lado, me gustaría destinar unas líneas a expresar mi agradecimiento a todas las personas que, además de haber hecho posible este trabajo, han formado parte de mi vida acompañando cada momento de este proceso tan especial.

A mi director de tesis, el Dr. Josep Cañete:

... por la confianza que has depositado en mí durante todo este tiempo. Tu apoyo inestimable durante estas etapas de mi formación ha mantenido mi ilusión por el trabajo diario con los pacientes. Gracias Josep, por haberme dado esta oportunidad y haberme acompañado durante todo este tiempo con tanto cariño y paciencia.

A mi codirectora, la Dra. Núria Farriols:

... Núria... ¡qué viaje este de una tesis! caminar contigo ha sido y es un placer. Haces que lo complicado se haga sencillo, natural, agradable y motivador; sin obviar el esfuerzo, la rigurosidad, el respeto, la comprensión y la paciencia del trabajo clínico y de la investigación. Por haberme enseñado el verdadero valor de la psicoterapia y haber reforzado con tanta delicadez y cariño tantos aprendizajes de vida. Y sobretodo, por haber hecho que todo se haga tan divertido.

Quiero dedicar un agradecimiento especial a todos los pacientes que han participado en el estudio, por haber tenido la paciencia de asistir a las sesiones, realizar todas las pruebas de evaluación y por haber hecho posible este trabajo.

Gracias Herb, por haber hecho que la recta final sea tan especial, tan cargada de emociones, tan natural y tan intensa. Por tu presencia incondicional en los momentos duros de mi distancia; *danke für alles schatz, ich hoffe, daß diese reise eine unter vielen reisen in unserem Leben sein wird.*

No puedo dejar de agradecer también al servicio de psiquiatría de Mataró que me han hecho sentir parte de un equipo sin el cual la puesta en marcha de este programa hubiera sido inviable. Gracias en especial a, Núria, Jordi, M^a José Gómez, M^a José Torres, Paco, Àngels, Isabel, Marcelo, María, Teresa, Jose Luis, Fátima y Georgina. Gracias también a Francina, Gloria y Blanca que han hecho posible la logística administrativa las visitas de los pacientes, además de endulzar el clima de cada día en el Centro de Salud Mental de Mataró.

Gracias al Prof. Max Birchwood y la Prof. Helen Lester por haberme acogido con tanto cariño en el *Early Intervention Service* en Birmingham. Han hecho que mi estancia allí sea casi familiar haciéndome sentir parte de su equipo. Gracias. Y gracias también al equipo del Este y el Oeste de Birmingham; gracias a Maria Michael y Cristina Merino por haberme dejado compartir con vosotras el día a día de vuestro trabajo.

Gracias a Cristina Esteve, Judit Castany y Gemma Fortino por acompañarme cada día en la consulta con los pacientes, las historias, los protocolos, las evaluaciones, pero sobretodo por compartir conmigo la ilusión de este trabajo.

Gracias a mis amigos, que en tantos procesos me han acompañado; su cercanía continúa estando presente. Gracias en especial a Sonia, Ainhoa, Mariona, Eva, Elena, Sandra, Marta, Juanjo y Gemma por comprender mi ausencia en algunos momentos, pero sobretodo, por vuestra presencia incondicional en todo momento.

Gracias Gorka, por compartir conmigo esta historia y haber formado parte de tantas aventuras de mi vida. Desde que te conocí, tu presencia está cargada de sentido en cada momento.

Finalmente gracias a mi familia, por enseñarme el valor del tiempo, sobretodo del presente. A mis padres, porque el guión de mi historia es gracias a su presencia.

A mis tíos y primos Jose Luís, Lupe, David, Carlos, Paqui, Nuri y Lola que siempre han tenido alguna canción para mí. Y por último a mis abuelas, que me enseñaron a utilizar el tiempo con ilusión.

Me gustaría iniciar esta tesis doctoral dando voz a los verdaderos protagonistas de este trabajo: los pacientes que sufren esquizofrenia. El poema que aquí se presenta fue escrito por una de las personas que participaron en el estudio.

La vida está tras los cristales
los edificios coronan el agua
el neón reina en las alturas
los autos se pudren lejanos
¿No era yo parte de ese paisaje?
¿No era yo el mirado?
¿Libre para degustar el día
humano para sufrir
humano para vivir soñando?
recluido entre baldosas clónicas
lo diminuto enrejó tu confianza
lo pequeño se fue haciendo grande
el océano no es más que un vaso de agua
sepultado en las piedras de la idea
y ahora no poseo independencia
estoy en mano de los médicos.
El orgullo devoró el auxilio
el desamor generó más rencor
la soledad acrecentó la fantasía
la causalidad sostuvo el desvarío
la vida está tras los cristales
permanece aguardándote

(O.N., febrero de 2005)

Esquema general de la tesis

Parte Primera: Intervención precoz en la esquizofrenia

Estadios iniciales de la esquizofrenia

Cuando la evolución no es favorable: la recaída

La intervención precoz en la esquizofrenia

La intervención motivacional en la esquizofrenia

Las emociones en la psicoterapia en la fase inicial

Parte Segunda: Diseño y desarrollo del programa PIPE

DISEÑO DEL PROGRAMA PIPE

Fundamentos teóricos

Aplicación clínica

TRABAJO DE CAMPO

Objetivos e hipótesis

Método:

- Diseño
- Población de estudio
- Medidas de resultado
- Procedimiento

Resultados

Discusión

Conclusiones

Limitaciones y prospectiva

Índice

Motivación personal	1
Introducción	3

Parte Primera: Marco conceptual de la intervención precoz en la esquizofrenia

Introducción	4
---------------------	---

Capítulo primero: Estadios iniciales de la esquizofrenia

1. Introducción	6
2. La esquizofrenia: evolución de su conceptualización	6
2.1. <i>Epidemiología de la esquizofrenia</i>	9
2.1.1. <i>Epidemiología del primer episodio de esquizofrenia: aproximaciones a la investigación</i>	9
3. El primer episodio psicótico	10
3.1. <i>Fase prodrómica de la esquizofrenia</i>	12
3.2. <i>Factores relacionados en el continuum de la enfermedad</i>	16
3.2.1. <i>La duración de psicosis sin tratar (DUP) y la duración de la enfermedad sin tratar (DUI)</i>	19
3.3. <i>Detección precoz de los primeros episodios</i>	26

Capítulo segundo: Cuando la evolución no es favorable: la recaída

1. Introducción	29
2. Conceptualización del término	29
3. El modelo de Vulnerabilidad-Estrés	31
4. Tratamientos para la esquizofrenia basados en la evidencia	34
4.1. <i>Estudios sobre las recaídas en la esquizofrenia con intervención farmacológica</i>	34
4.2. <i>Estudios sobre las recaídas en la esquizofrenia con tratamientos combinados</i>	35
4.2.1. <i>Psicoterapia individual</i>	42
4.2.2. <i>Entrenamiento en habilidades sociales</i>	45
4.2.3. <i>El tratamiento familiar</i>	46
4.2.4. <i>El tratamiento grupal</i>	46

4.3. <i>Ensayos clínicos para la evaluación de la efectividad de la terapia cognitiva en la esquizofrenia</i>	48
4.4. <i>Las recaídas tras el primer episodio</i>	58

Capítulo tercero: La intervención precoz en la esquizofrenia

1. Introducción	61
2. ¿Qué entendemos por intervención precoz?	62
3. Tipos de intervención en la fase inicial	64
3.1. <i>Intervención preventiva</i>	64
3.1.1. <i>Pautas para la realización de una intervención preventiva</i>	65
3.1.2. <i>Orientaciones terapéuticas para la realización de una intervención preventiva</i>	66
3.2. <i>Intervención precoz</i>	67
3.2.1. <i>Intervención específica en el primer episodio psicótico</i>	67
3.2.2. <i>Elementos terapéuticos de la intervención precoz: fase de remisión y "período crítico"</i>	71
3.2.2.1. <i>La psicoeducación</i>	72
3.2.2.2. <i>Intervenciones familiares</i>	73
3.2.2.3. <i>Psicoterapia de orientación cognitiva</i>	75
3.2.2.4. <i>Intervenciones sociales</i>	77
4. Resultados basados en la evidencia sobre la intervención precoz en la esquizofrenia	78
4.1. <i>Intervenciones basadas en la evidencia durante la fase prodrómica</i>	79
4.2. <i>Intervenciones basadas en la evidencia durante la fase aguda del primer episodio psicótico</i>	82
4.3. <i>Intervenciones basadas en la evidencia durante la fase post-aguda y posterior</i>	84
5. Principales programas de intervención precoz en la esquizofrenia	86
5.1. <i>Componentes principales de los programas</i>	87

Capítulo cuarto: Una nueva tendencia de intervención en la esquizofrenia: Las intervenciones motivacionales

1.	Introducción	102
2.	Conceptualización del término	103
3.	La importancia del estilo del terapeuta en la relación con el paciente	105
4.	Principios de las intervenciones motivacionales	106
	4.1. <i>Modelo de estadios de cambio</i>	108
5.	Principales resultados hallados en los trabajos que evalúan la efectividad de las intervenciones motivacionales en el tratamiento de la esquizofrenia	113

Capítulo quinto: Las emociones en la intervención en el primer episodio

1.	Introducción	116
2.	La intervención psicológica dirigida a las emociones durante el período de recuperación del primer episodio y la fase inicial	117
	2.1. <i>Enfoques psicológicos eficaces</i>	118
3.	El sentido de la experiencia psicótica	121

Parte Segunda: Diseño y desarrollo del programa PIPE para el tratamiento del primer episodio y la fase inicial de la esquizofrenia

Introducción	126
---------------------	-----

Capítulo sexto: Fundamentos teóricos y aplicación clínica del PIPE

1.	Introducción	127
	Fundamentos teóricos	127
1.	Bases teóricas sobre las que se sustenta el PIPE	127
2.	Filosofía subyacente	128
3.	Necesidad de nuevas formas de intervención adaptadas a la fase inicial de la esquizofrenia	128
4.	La intervención cognitivo motivacional	131
	4.1. <i>La importancia del estilo del terapeuta</i>	132
	4.2. <i>Principios de las intervenciones motivacionales</i>	133
	4.3. <i>Elementos facilitadores de cambio</i>	134
5.	La terapia cognitivo-motivacional y la identidad	135

6.	Niveles de la terapia y objetivos generales	136
6.1.	<i>Niveles de intervención</i>	136
6.2.	<i>Objetivos de la PIPE</i>	136
6.3.	<i>Los objetivos basados en las necesidades</i>	138

Componentes de la aplicación clínica **138**

1.	La alianza	138
1.1.	<i>Estrategias y dificultades habituales</i>	139
2.	El trabajo emocional	141
3.	El tratamiento de los síntomas	148
4.	El tratamiento de la ansiedad del paciente	150
5.	El tratamiento de la ansiedad de la familia	151
6.	El tratamiento del consumo de sustancias	154
7.	Prevención de recaídas	155
8.	Acompañando al paciente a reemprender actividades normalizadas	156

Capítulo séptimo: Objetivos y diseño del estudio para la evaluación de la efectividad del programa PIPE

1.	Introducción	157
2.	Objetivos	157
2.1.	<i>Objetivos generales</i>	157
2.2.	<i>Objetivos específicos</i>	157
3.	Hipótesis	158
3.1.	<i>Hipótesis generales</i>	158
3.2.	<i>Hipótesis específicas</i>	158
4.	Método	159
4.1.	<i>Tipo de diseño</i>	159
4.1.1.	<i>Variables de estudio</i>	159
4.1.1.1.	<i>Variable independiente</i>	159
4.1.1.2.	<i>Variables dependientes</i>	160

4.2. <i>Sujetos</i>	160
4.2.1. <i>Población y ámbito de estudio</i>	160
4.2.2. <i>Muestra del estudio</i>	160
4.2.2.1. <i>Criterios de selección</i>	160
4.2.2.2. <i>Tamaño de la muestra</i>	161
4.2.2.3. <i>Reclutamiento</i>	161
4.2.2.4. <i>Asignación al grupo de intervención</i>	162
4.3. <i>Material y procedimiento</i>	162
4.3.1. <i>Principales medidas de resultado</i>	162
4.3.1.1. <i>Recaídas</i>	162
4.3.1.2. <i>Mejoría clínica</i>	164
4.3.1.3. <i>Actividad global e impresión clínica</i>	164
4.4. <i>Procedimiento</i>	166
4.4.1. <i>Reclutamiento y asignación aleatoria</i>	166
4.4.2. <i>Evaluación basal</i>	166
4.4.3. <i>Inicio de la intervención PIPE</i>	166
4.4.4. <i>Evaluación a los 3, 6, 9 y 12 meses del inicio de la intervención</i>	167
4.4.5. <i>Evaluación final del tratamiento a los 18 meses</i>	167
4.4.6. <i>Evaluación del seguimiento a los 24 meses</i>	167
4.4.7. <i>Análisis estadístico de los datos</i>	169

Capítulo octavo. Evaluación de la efectividad del programa PIPE: resultados

1. <i>Introducción</i>	170
2. <i>Resultados</i>	170
2.1. <i>Muestra</i>	170
2.2. <i>Evaluación basal</i>	171
2.2.1. <i>Características sociodemográficas de la muestra</i>	171
2.2.2. <i>Características de las variables clínicas de la muestra</i>	173
2.2.3. <i>Características diagnósticas de la muestra</i>	175
2.2.4. <i>Características del patrón de consumo de sustancias de la muestra</i>	176
2.2.5. <i>Puntuaciones de la evaluación clínica basal entre grupos</i>	178
2.3. <i>Resultados intra-grupos de la efectividad de la intervención</i>	180
2.4. <i>Resultados entre-grupos de la efectividad de la intervención</i>	189
2.4.1. <i>Mejoría clínica</i>	189

2.5. <i>Resultados del modelo multivariante sobre la efectividad de la intervención sobre el grupo PIPE y la evolución sobre el control</i>	195
2.6. <i>Recaídas</i>	197
2.6.1. <i>Ingresos hospitalarios</i>	198
2.6.2. <i>Duración de los ingresos hospitalarios</i>	198
2.6.3. <i>Estancias en hospital de día</i>	198
2.6.4. <i>Visitas no programadas a los 18 y 24 meses</i>	199
2.6.5. <i>Visitas al servicio de urgencias a los 18 y 24 meses</i>	199
2.6.6. <i>Aumentos de medicación a los 18 y 24 meses</i>	199
2.6.7. <i>Recaídas globales a los 18 y 24 meses</i>	200
Capítulo noveno. Evaluación de la efectividad del programa PIPE: discusión	
1. Introducción	201
2. Discusión	201
2.1. <i>La muestra y la evaluación basal</i>	201
2.1.1. <i>La muestra</i>	201
2.1.2. <i>La evaluación basal</i>	203
2.2. <i>Los resultados de la evaluación y la comparación entre los grupos</i>	207
2.3. <i>El impacto de la intervención</i>	210
2.4. <i>Las recaídas</i>	212
Capítulo décimo: conclusiones y prospectiva	
1. Introducción	215
2. Conclusiones	215
3. Limitaciones del estudio	218
4. Prospectiva	219
Referencias bibliográficas	220

Anexo	
Anexo: Consentimiento informado	255

Índice de tablas y figuras

Listado de tablas

Tabla 1.	Tasas de incidencia y prevalencia en la esquizofrenia	10
Tabla 2.	Factores, signos y síntomas para detección precoz de pacientes en riesgo	14
Tabla 3.	Principales síntomas prodrómicos en la esquizofrenia.	19
Tabla 4.	Consecuencias del retraso en el tratamiento	21
Tabla 5.	Resultados pronósticos de la esquizofrenia respecto a la duración de psicosis sin tratar (DUP) o la duración de la enfermedad sin tratar (DUI)	22
Tabla 6.	Revisión de los resultados en tasas de recaídas en estudios comparativos y controlados sobre la psicoterapia combinada en la esquizofrenia	36
Tabla 7.	Revisión de resultados de los ensayos clínicos para evaluar la efectividad de la terapia cognitiva en pacientes con esquizofrenia	49
Tabla 8.	Técnicas de tratamiento cognitivo-conductuales para la intervención en la esquizofrenia.	76
Tabla 9.	Principales resultados de los estudios de intervención cognitivo-conductuales en la fase prodrómica de la enfermedad.	80
Tabla 10.	Principales resultados de los estudios de intervención cognitivo-conductuales (TCC) en la fase aguda del primer episodio psicótico	82
Tabla 11.	Principales resultados de los estudios de intervención cognitivo-conductuales (TCC) en la fase post-aguda y posterior	84
Tabla 12.	Programas y servicios de intervención precoz en la esquizofrenia a nivel mundial	92
Tabla 13.	Programas y componentes de intervención temprana en la esquizofrenia	95
Tabla 14.	Estrategias motivacionales generales y específicas en la esquizofrenia	109
Tabla 15.	Resultados de los estudios de intervenciones motivacionales en el tratamiento de la esquizofrenia.	113
Tabla 16.	Comportamientos habituales trabajados con intervenciones motivacionales	133
Tabla 17.	Objetivos del PIPE	136
Tabla 18.	Criterios de inclusión y de exclusión en el estudio	161
Tabla 19.	Características sociodemográficas de los grupos. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.	172
Tabla 20.	Características clínicas de los grupos. Estadísticos descriptivos y niveles de significación	174
Tabla 21.	Distribución de los diagnósticos entre grupos	176
Tabla 22.	Características del patrón de consumo de sustancias en los grupos en la evaluación basal	177
Tabla 23.	Comparación de los grupos en la evaluación basal. Puntuaciones en sintomatología clínica	178

Tabla 24.	Distribución de los síntomas clínicos de la escala PANSS en el total de la muestra	180
Tabla 25.	Comparación de los resultados en mejoría clínica intra-grupos. Medidas trimestrales de la escala BPRS desde la evaluación basal	182
Tabla 26.	Comparación de los resultados en mejoría clínica intra-grupos. Medidas semestrales de la escala BPRS a los 18 y 24 meses.	183
Tabla 27.	Comparación de los resultados en mejoría clínica intra-grupos en la escala PANSS a los 18 meses del inicio de la intervención precoz	184
Tabla 28.	Comparación de los resultados en la escala de actividad global y la de impresión clínica global	188
Tabla 29.	Comparación de los resultados en mejoría clínica entre grupos en la escala PANSS a los 18 meses del inicio de la intervención precoz	191
Tabla 30.	Comparación de los resultados en mejoría clínica entre grupos en la escala BPRS en las medidas trimestrales.	193
Tabla 31.	Comparación de los resultados entre-grupos en la escala de actividad global y de impresión clínica global a los 6,18 y 24 meses	194
Tabla 32.	Resultados del efecto de la intervención con el modelo multivariante	196
Tabla 33.	Contrastes de Helmert en el análisis de la varianza entre los grupos sobre la PANSS	196
Tabla 34.	Medias marginales estimadas en el modelo de medidas repetidas con covariables	197

Listado de figuras

Figura 1.	Modelo explicativo de la transición al primer episodio psicótico	16
Figura 2.	Factores que intervienen en la aparición de la esquizofrenia	18
Figura 3.	Estrategias generales para la reducción de la DUP	27
Figura 4.	Espectro de intervenciones en salud mental	63
Figura 5.	Esquema del tipo de intervención en función de la fase de la enfermedad	64
Figura 6.	Consideraciones para la evaluación e intervención en primeros episodios psicóticos.	70
Figura 7.	Terapia cognitiva y disfunción emocional en la psicosis temprana	120
Figura 8.	Estructura del programa PIPE	132
Figura 9.	Procedimiento y protocolo de evaluación	168
Figura 10.	Pérdidas muestrales y configuración final de la muestra	171
Figura 11.	Evolución de las puntuaciones en la escala BPRS a los 3, 6, 9, 12, 18 y 24 meses	187
Figura 12.	Diferencias en las puntuaciones entre-grupos de las subescalas de la PANSS tras 18 meses de intervención.	190
Figura 13.	Comparación entre-grupos de las puntuaciones en la escala BPRS a los 3, 6, 9, 12 y 18 meses del inicio de la intervención.	192
Figura 14.	Diferencias en la frecuencia de recaídas globales entre los grupos tras 24 meses del inicio de la intervención precoz	200

Motivación personal

El presente trabajo está dedicado a los pacientes que padecen esquizofrenia y que luchan diariamente por reencontrar su sentido de vida y existencia. El esfuerzo invertido en este trabajo está brindado a la dignidad de esta lucha heroica por volver a reemprender de nuevo lo que un primer episodio psicótico ha paralizado en el ciclo de sus vidas.

Tras todos los factores controlables, cuantificables y susceptibles de medir, tras los síntomas, los factores de curso y pronóstico, el estrés de la familia y la ansiedad, la lucha por el sentido de la existencia conforma una variable extraña y escurridiza en todos los trabajos científicos que tienen por objetivo conocer la enfermedad.

Acompañar a los pacientes que padecen esquizofrenia y compartir con ellos la experiencia de la lucha supone todo un **reto** y a su vez, un gran **privilegio**.

Un reto porque el acto de acompañar supone creer cada día en el valor intrínseco de la psicoterapia sobre una enfermedad, que por su carácter deteriorante, exige una inversión de energía cuyo equilibrio a veces es difícil de delimitar. En este proceso de calibración, **la tolerancia al proceso y a la frustración** serán imprescindibles. Se trata de un verdadero **aprendizaje de vida** que se hace junto al paciente y es aquí donde sitúo el privilegio; en el camino de la **aceptación** de las propias **capacidades y límites**, a la vez que en las del paciente. Y es en este camino donde se establece el encanto de la psicoterapia.

La motivación existencial en este trabajo es pues, el acercamiento al conocimiento de **los procesos psicoterapéuticos** que son útiles para acompañar a las personas durante la fase inicial de la esquizofrenia. Y partiendo de esta premisa se puede intuir el mensaje implícito del verdadero objetivo de esta investigación; y es que creemos, dentro de unos límites, en la eficacia de los procesos de la psicoterapia, creemos en el potencial que las personas son capaces de desarrollar durante este proceso y creemos que ambos componentes, en su conjunción, son capaces de explicar buena de muchas aquello que a la ciencia se le escapa.

El arte **de la psicoterapia** es producto de la motivación por **acompañar** a los pacientes y de la lucha inagotable de éstos por realizar un proceso de vida complejo.

Partiendo de la idea de que la psicoterapia fomenta y acelera aprendizajes de vida, los objetivos personales de este trabajo se pueden resumir en tres:

... **Compartir...** en su significado epistemológico viene del latín *compartiri*, que significa participar en alguna cosa. Ser partícipe de los **aprendizajes de vida** que acontecen en el proceso de la psicoterapia de los pacientes.

... **Aprender...** del latín a *apprehendere*, adquirir conocimiento de algo por medio de la experiencia. En definitiva, experimentar a su lado el camino de la recuperación relativa y del **cambio**.

... **Comprender...** que viene a significar *comprender*, contener un fenómeno en sí como parte de un todo. Porque la esquizofrenia es una enfermedad que le ocurre a una **persona única**, y el misterio que se encierra tras la lucha humana reside en este hecho.

Introducción

Las líneas ulteriores están dedicadas a describir la estructura, contenido y secuencia de la tesis que se presenta a continuación por tal de que el lector pueda hacerse una idea globalizada de su totalidad.

El contenido del trabajo aquí presente se desarrolla a partir de dos partes bien diferenciadas. En la parte primera se concentra el marco conceptual de la intervención precoz en la esquizofrenia. Está comprendida por cinco capítulos que se desarrollan sobre la base de una estructura similar en la que se dedica una primera parte al desarrollo teórico del tema en cuestión, mientras que en la segunda parte se concretará una revisión de resultados basados en la evidencia sobre cada tema abordado.

El capítulo quinto de esta primera parte tiene una estructura distinta ya que está centrado en el tratamiento de las emociones en las intervenciones psicológicas en el primer episodio y la fase inicial de la esquizofrenia.

La parte segunda de esta tesis doctoral está dedicada a la descripción del diseño del programa PIPE para la fase inicial de la esquizofrenia y su aplicación clínica en el marco de un diseño de investigación destinado a la evaluación de su efectividad.

En esta parte, comprendida por cinco capítulos, se desarrolla por un lado el contenido del programa y por otro el diseño de la investigación mediante la cual hemos evaluado su efectividad y a partir del cual expondremos los resultados y las conclusiones del estudio.

PARTE PRIMERA

Marco conceptual sobre la intervención precoz en la esquizofrenia

Parte primera: Marco conceptual de la intervención precoz en la esquizofrenia**Introducción**

La primera parte de este trabajo pretende delimitar el marco conceptual de la presente investigación. Se comprende de cinco capítulos que ponen de manifiesto el estado actual del tema de los elementos que posteriormente conformarán el trabajo. Es por este motivo por el que los sucesivos capítulos están destinados a conceptualizar, desarrollar y justificar cada uno de los aspectos clave del trabajo que aquí se presenta.

El primer capítulo se centra en los estadios iniciales de la esquizofrenia. En él se tratará brevemente la evolución de la conceptualización de la enfermedad para acabar desarrollando lo que actualmente se entiende por primer episodio psicótico y los factores que enmarcan su aparición.

En el segundo capítulo se tratará el factor pronóstico que más predice la evolución de la enfermedad y que es objeto de estudio en el presente trabajo: la recaída. El objetivo de este apartado es concretar el término y explorar los resultados basados en la evidencia que nos ponen de manifiesto la literatura científica.

En el tercer capítulo se tratará plenamente la intervención precoz en la esquizofrenia, su conceptualización, los tipos de intervención posibles durante la fase inicial, los resultados basados en la evidencia que hasta la actualidad tenemos en nuestro panorama científico y los principales programas de intervención temprana que han aportado los resultados más sólidos a esta línea de investigación.

El interés de la presencia del cuarto capítulo es la exposición de una modalidad de tratamiento que cada vez está más presente en el abordaje de la esquizofrenia: la intervención motivacional. La razón de la presencia de este capítulo en el marco conceptual del trabajo es que dicha intervención será un punto clave del tipo de tratamiento precoz que se expondrá en el sexto capítulo: el programa PIPE.

Para finalizar esta parte primera del trabajo se expone el capítulo quinto, en el cual se tratara el abordaje psicoterapéutico de las emociones en el tratamiento de pacientes con primer episodio psicótico y la fase inicial de la esquizofrenia.

Estos cinco capítulos, además de enmarcar, desarrollar y poner de manifiesto el *estatus quaestionis*, pretenden justificar lo que posteriormente será la segunda parte del trabajo: el diseño y la aplicación clínica de la intervención PIPE en el contexto del Servicio de Psiquiatría de Mataró (*Consorti Sanitari del Maresme*).

Parte primera: Marco conceptual de la intervención precoz

Capítulo primero: Estadios iniciales de la esquizofrenia

La esquizofrenia: evolución de su conceptualización

Epidemiología

El primer episodio psicótico

La fase prodrómica

Capítulo Primero: Estadios iniciales de la esquizofrenia

*Hay tantas esquizofrenias como pacientes. He visto y he notado
que no todos nosotros sufrimos los mismos síntomas,
que no son siempre iguales los fantasmas*

O.N. (28 de febrero de 2005)

1. Introducción

La historia del pensamiento sobre la evolución clínica esperada de la esquizofrenia ha sufrido un gran impacto en la actualidad. Nuestro conocimiento sobre la enfermedad ha cambiado de forma muy notable desde finales de los años 50. La evolución de la política social, la síntesis de los nuevos fármacos neurolépticos y los nuevos descubrimientos en la investigación han sido los responsables.

Se sabe que la evolución natural de la esquizofrenia es la cronicidad (Hearding, Zubin y Strauss, 1992; Carperter y Buchanan, 1994) y el deterioro progresivo de las funciones mentales superiores (Foster, 1989). Las personas que padecen esquizofrenia y no son tratadas adecuadamente difícilmente podrán desarrollar una vida normalizada e integrada en la comunidad ya que la enfermedad se caracteriza por un deterioro progresivo que incapacita a la persona en las esferas sociales, cognitivas, afectivas y en el funcionamiento en las actividades de la vida diaria (Penn y Mueser, 1996).

Durante la primera mitad del siglo XX el tratamiento para los pacientes esquizofrénicos se llevaba a cabo mediante la reclusión en instituciones alejadas de la comunidad. Actualmente no se concibe una intervención destinada a estas personas sin la integración social y comunitaria haciendo uso de los múltiples servicios que tenemos al abasto.

En la década de los 80 se inician nuevas líneas de investigación destinadas al conocimiento de la fase inicial de la enfermedad con la visión prospectiva de comprender y determinar los factores que se barajan en la evolución clínica de la misma. Los hallazgos derivados de estos trabajos, han evidenciado que un porcentaje muy elevado de pacientes que reciben una intervención durante su primer episodio consigue una remisión completa de los síntomas y pueden recuperar un buen nivel de funcionamiento en su vida diaria.

De este modo, los esfuerzos terapéuticos deben estar orientados a la intervención precoz primaria, secundaria o terciaria por tal de minimizar el impacto de la esquizofrenia sobre las personas que la padecen.

2. La esquizofrenia: evolución de su conceptualización.

Desde finales del siglo XIX hasta fechas recientes la discusión sobre el concepto de esquizofrenia ha estado vigente. En la actualidad ya existe un consenso sobre el cual se reconoce que la patología es de origen orgánico y endógeno del sistema nervioso central (SNC); que ésta afecta al patrón comportamental, al sistema cognitivo y la esfera afectiva de las personas que la padecen (Carperter y Buchanan, 1994).

En 1899, Kraepelin, con la 6ª edición de su tratado de psiquiatría, da la ilustración más clásica a lo que bautizó como *Dementia Praecox*, basándose más en la forma de su evolución que en la presentación clínica. Remarcó las diversas formas de dicha patología catalogándola en hebefrénica, catatónica o paranoide, incluyendo también los trastornos del humor. Fue también él quién dio carta de ciudadanía a la *Psicosis Maniaco-Depresiva* que a diferencia de la demencia precoz no evolucionaba hacia un estado de *debilidad psíquica*, sino que se fragmentaba en algunas formas clínicas independientes (depresión, manía o estados mixtos) y aislados de duración e intensidad variables.

Bleuer por su parte, propuso en 1911 el nombre de *Equizofrenia*¹, para referirse a la disociación (*spaltung*) que la persona padecía en su proceso del pensamiento. Éste describe la esquizofrenia como un síndrome que se caracteriza por la presentación de algunos síntomas fundamentales a los que denomina *Grundsymptome* y otros accesorios (*Akzessorische*). Los primeros se observan en todas las formas y son los que comúnmente se conocen como *las cuatro A*: los trastornos de asociación, de la afectividad, la ambivalencia y autismo. En cambio, los accesorios, más variables y floridos, se presentan en forma de alucinaciones, ideas delirantes, despersonalización, catatonía etc.

¹ Esquizofrenia proviene del verbo griego "schizein" (cortar). Bleuer expresa con ello la idea de la disociación de las funciones del pensamiento característica de la enfermedad.

Hacia 1940, Kurt Schneider se esfuerza en el avance de la descripción de los trastornos esquizofrénicos y observa la existencia de síntomas patognomónicos o de primer orden: robo de pensamiento, imposición de pensamiento, sonorización del pensamiento y fenómenos de clarividencia. Andreasen, en 1982, participa de nuevo en la definición de la enfermedad delimitando tres subtipos de esquizofrenia y sus síntomas característicos. Asimismo, elaboró dos instrumentos psicométricos utilizados hasta la actualidad para evaluarlos (SANS/SAPS) (Andreasen y Olsen, 1982).

Para Andreasen, la esquizofrenia positiva se caracteriza por el predominio de ideas delirantes, alucinaciones, trastornos formales del pensamiento y conducta extraña; la esquizofrenia negativa por la presencia del afecto aplanado, la alogia, trastornos de la volición, la anhedonia y los déficits atencionales. El tipo mixto presenta los dos tipos de síntomas prominentes o por la ausencia de la prominencia de ambos (Andreasen, 1990).

El concepto de esquizofrenia ha ido evolucionando a lo largo del siglo XX y en la actualidad tiene una definición clínico-evolutiva (Pichot, 1995). El concepto se introduce por primera vez en el DSM-III y se conserva casi intacta en la actualidad con el DSM-IV-R. Desde la perspectiva biopsicosocial se admite que las manifestaciones de la esquizofrenia son el resultado de las posibles combinaciones entre la interacción genética (determinante de la vulnerabilidad) y de las influencias del medio social.

Tanto la psiquiatría biológica como la psicología médica, la neurología y la genética son ciencias que han intentado aproximarse a la explicación de la esquizofrenia. En los últimos quince años de producción científica, con el impulso de la obra de Carlo Perris se ha conseguido ir un paso más allá de las formas de reduccionismo y asentar cierto equilibrio de integración en el abordaje de la enfermedad (Perris, 1989).

En la actualidad hay evidencia científica de disfunciones neurológicas en los pacientes que sufren la enfermedad (Obiols, Serrano, Caparrós, Subirà y Barrantes, 1999; Penadés, Boget, Salamero, Catarineu y Bernardo, 1999; Flashman, McAllister, Andreasen y Saykin, 2000; Flashman *et al.*, 2001) y de factores psicológicos y sociales-relacionales (Zubin, Steinhauer y Condray, 1992).

Desde esta perspectiva multidisciplinar son necesarios otros tipos de tratamientos, además de los farmacológicos, para un abordaje más integrado de la enfermedad.

2.1. Epidemiología de la esquizofrenia.

Los expertos en epidemiología insisten en las dificultades de definir el constructo de esquizofrenia y de su medición epidemiológica. Los criterios diagnósticos han ido variando en función de las distintas clasificaciones de los trastornos mentales, representando así una dificultad añadida en la tarea de definir los síntomas y la amplitud del espectro (Rodríguez, Hernandez, Rodríguez y Tost, 2004).

Los datos de los que se tienen constancia en la actualidad apuntan que la tasa de incidencia de los trastornos esquizofrénicos se presentan de una manera más o menos estables a lo largo del tiempo y de las diferentes culturas (Häfner y Van der Heiden, 1985; Häfner y Nowotny, 1995; Häfner y Van der Heiden, 1997). La incidencia anual oscila entorno a 1/10.000 con un rango que abarca desde el 0,3 y el 3,7%. Las prevalencias tienen un rango muy amplio (0,3-17/1000) (Pichot, 1995); y dos terceras partes de los trastornos esquizofrénicos evolucionan hacia la cronicidad y el número total de personas afectadas aumenta con la edad de las muestras estudiadas.

2.1.1. Epidemiología del primer episodio de esquizofrenia: aproximaciones de la investigación.

En 1989 se inicia en Estados Unidos un estudio epidemiológico sobre el primer episodio de esquizofrenia que nos aporta datos sobre la evolución de la enfermedad en pacientes con síntomas psicóticos seleccionados en el momento de su primera hospitalización (Bromet, Mojtabal y Fennig, 2003). El estudio epidemiológico proporciona un contexto de investigación que minimiza los sesgos metodológicos y permite prestar especial atención a la estabilidad de los diagnósticos, a la evolución de la enfermedad en pacientes que presentan distintos diagnósticos y a sus factores predictivos.

Los resultados indican que de los 551 sujetos que se diagnosticaron a los 6 meses, un 24,2% eran trastornos esquizofrénicos; cifra que aumenta levemente a los 24 meses (31,4%). Los autores de dicho estudio afirman que la esquizofrenia es el diagnóstico más estable, comparado con otras tipologías. En general los pacientes con esquizofrenia presentaban un peor

funcionamiento global anterior al ingreso hospitalario, y una gravedad más acusada en los síntomas positivos, negativos, trastornos del pensamiento y síntomas depresivos.

Por otro lado observan que la evolución de la enfermedad es peor que la de otros diagnósticos, cuyos factores predictivos se vertebran entorno a un peor funcionamiento global durante la adolescencia y a una mayor duración del episodio inicial. Así pues, el funcionamiento premórbido es un factor que determina el funcionamiento social de la persona que padece la enfermedad durante los dos años posteriores a la hospitalización.

Otro de los estudios epidemiológicos a destacar se llevó a cabo también en población norteamericana no hospitalizada y presentan las tasas de incidencia y prevalencia de personas que sufren trastornos esquizofrénicos o esquizofreniformes (Ballesteros y Gutiérrez, 1995)² (ver tabla 1).

Tabla 1.
Tasas de incidencia y prevalencia en la esquizofrenia.

Período	Tasas de incidencia	Prevalencia anual
1 mes	0,7%	2,8 por 1000
6 meses	1%	
1 año	1,1%	
Prevalencia de vida	1,7%	

Nota. Extraído de Ballesteros, J. y Gutiérrez, M. (1995). Epidemiología de la esquizofrenia: problemas metodológicos. En M.Gutiérrez, J. Ezcura, y P. Pichot (Eds.), *Esquizofrenia. Entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico (I)* (pp. 13-30). Barcelona: Ediciones en neurociencias.

3. El primer episodio psicótico.

El concepto de primer episodio psicótico presenta una serie de controversias en cuanto a presentación clínica, formas de inicio y contexto de cada paciente. Así pues, cuando hablamos de primer episodio psicótico, no nos referimos siempre a un grupo homogéneo de personas.

² Para el proceso de recogida de datos (ECA, 1984-1994) se utilizaron los criterios DSM-III operativizados por el instrumento Diagnostic Interview Schedule (DIS).

Los primeros episodios pueden iniciarse de manera aguda o insidiosa, en un contexto de inespecífica evolución de síntomas prodrómicos, y con distintas combinaciones en la sintomatología clínica de ideas delirantes, alucinaciones, alteración de conducta y desorganización del pensamiento. Ante esta realidad tan heterogénea, nos encontramos con una dificultad en la consideración del concepto en la práctica clínica. Por un lado podemos optar por considerar como primer episodio el período comprendido entre la aparición de los síntomas prodrómicos y la aparición de los primeros síntomas psicóticos; de modo que englobaríamos la fase prodrómica y el primer brote. Otra posibilidad es considerar como primer episodio el momento en el que el paciente cumple todos los criterios diagnósticos explicitados en los manuales.

En esta segunda alternativa existe un problema añadido, y es que la clínica de los pacientes varía enormemente en función del período existente entre la aparición de los primeros síntomas prodrómicos y el inicio del tratamiento. De hecho, la DUP (duración de psicosis sin tratar), se ha considerado como uno de los factores pronósticos más importantes en los trastornos psicóticos (Larsen, Johannessen y Opjordsmaen, 1998; Edwards, Maude, Mc Gorry, Harrigan y Cocks, 1998; Drake, Haley, Akhtar y Lewis, 2000; Amminger, Edwards, Brewer, Harrigan y McGorry, 2002; Joyce *et al.*, 2002; Kalla, Aaltonen, Lehtinen, García Cabeza y González de Chávez, 2002; Norman, Townsend y Malla, 2004; Skeate, Jackson, Birchwood y Jones, 2004; Friis *et al.*, 2004; Abel, 2004; Üçok, Polat, Genç, Çakir y Turan, 2004; Harris *et al.*, 2005; Malla, Norman, Scholten, Manchanda y McLean, 2005).

Pese a las dificultades que presenta el propio término de *primer episodio* y que sin duda tendrán incidencia en la interpretación de los resultados de los diferentes estudios, la investigación en este campo presenta una serie de ventajas cuyo valor hay que considerar, como por ejemplo el estudio sobre el curso y el pronóstico, la efectividad de las intervenciones (tanto farmacológicas como psicoterapéuticas) y los factores desencadenantes.

Otra de las ventajas de este tipo de estudios es que en el inicio del episodio todavía no están presentes los efectos confusionales de la medicación neuroléptica, ni los factores relacionados con la cronicidad, las recaídas, las largas estancias institucionales, los agentes sociales familiares, así como el deterioro cognitivo y funcional.

El valor de este tipo de investigaciones está cada vez más en boga y el interés actual por el estudio de la fase inicial de los trastornos esquizofrénicos se hace cada día más evidente.

3.1. Fase prodrómica de la esquizofrenia

En general, el trastorno esquizofrénico ha sido caracterizado por una fase prodrómica en la que se desarrollan algunos cambios en el funcionamiento global premórbido de la persona y que se mantienen hasta el inicio de los primeros síntomas psicóticos evidentes (Beiser, Erickson, Fleming y Iacono, 1993).

El período prodrómico en la esquizofrenia tiene una duración media de 2 a 5 años de promedio (Beiser *et al.*, 1993), cursa con un deterioro progresivo de la esfera relacional y la aparición de la sintomatología negativa. El pródromo es en sí, la forma más precoz del trastorno psicótico y sin intervención la persona progresará inevitablemente hacia la psicosis.

Algunos expertos plantean cuestiones a cerca de estos datos, ya que es sabido que hasta un 90% de adolescentes presentan algunos de los síntomas prodrómicos presentados en la literatura actual (McGorry, McFarlane, Patton y Bell, 1995). La pregunta es, ¿cuántos de ellos culminarán en un primer episodio psicótico?³.

Los síntomas prodrómicos evolucionarán o no, en función de una amalgama de factores que entretejerán la transición a la enfermedad. A pesar de que los estudios han hecho mucho hincapié en determinar cuales son los factores predictivos de la aparición del primer episodio, es difícil determinar cuántos son, qué peso tiene cada uno de ellos sobre el individuo y cuáles de ellos se manifestarán en cada persona.

Aproximadamente un 80%-90% de pacientes con esquizofrenia presenta una variedad de síntomas (cambios en la percepción, en las creencias, en el sistema cognitivo, la afectividad y el comportamiento) que se inician de manera insidiosa antes del primer episodio psicótico.

Del 10%-20% de éstos aparecen de forma brusca sin un período prodrómico específico (Yung y McGorry, 1996).

³ Esta cuestión fue formulada por el Dr. Chinchilla en el X Curso de Psicoterapia e intervenciones precoces en las esquizofrenias. Conferencia titulada: Tratar o no tratar lo que entendemos por premórbido en las psicosis esquizofrénicas (Madrid, 2004).

Son muchos los estudios que han destinado sus esfuerzos a la descripción de la tan inespecífica fase pre-psicótica. El trabajo de Yung y McGorry (1996) recopila los síntomas predecesores del primer episodio de esquizofrenia que han sido descritos por la literatura mundial y avalados científicamente.

Entre éstos aparecen los siguientes síntomas:

- a. **Síntomas neuróticos:** ansiedad, inquietud, hostilidad e irritabilidad
- b. **Trastornos del estado de ánimo:** depresión, anhedonia, culpa, ideas autolíticas y labilidad emocional.
- c. **Trastornos de la volición:** apatía, aburrimiento, la falta de interés y la pérdida de energía.
- d. **Cambios cognitivos:** trastornos de la atención, la concentración, bloqueos del pensamiento y de las abstracción.
- e. **Síntomas físicos:** quejas somáticas, pérdida de peso, disminución del apetito y trastornos del sueño.
- f. **Otros síntomas:** síntomas obsesivo-compulsivos, disociativos, incremento de la sensibilidad interpersonal, cambios en la percepción del *self*, de los demás y del mundo, cambios en la motilidad, anormalidades del habla y anormalidades perceptuales.

Las formas de inicio de estos síntomas han sido el gran enigma de la historia de la psiquiatría aunque afortunadamente en la actualidad los expertos van perfilando cada vez más cuales son los síntomas de riesgo real de transición a la psicosis. Gracias a los estudios de estrategia dual de detección e intervención en la fase prodrómica, hoy en día ya disponemos de datos y criterios para poder evaluar este riesgo de evolución.

El equipo australiano apunta la existencia de una multiplicidad de factores importantes a tener presentes para la detección temprana de pacientes con riesgo a presentar un primer episodio psicótico (Yung y McGorry, 1996). Éstos podrían distinguirse en cuatro grupos (ver tabla 2).

Tabla 2.

Factores, signos y síntomas para detección precoz de pacientes en riesgo

Factores inespecíficos	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios persistentes en el funcionamiento psicosocial (deterioro en el trabajo o estudios), aislamiento social o pérdida de energía y motivación. - Trastornos del sueño o el apetito. - Cambios emocionales como síntomas depresivos, ansiedad, tensión, irritabilidad, ira, labilidad emocional, percepción de que las cosas han cambiado, sensación de aceleración o enlentecimiento del pensamiento. - Cambios cognitivos en la concentración, memoria, desconfianza o aparición de creencias inusuales.
factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> - Edad: adolescencia o primeros años de vida adulta (15-25 en hombres; 25-35 años en mujeres) - Antecedentes familiares de trastornos psicóticos, trastorno bipolar o depresión mayor. - Personalidad vulnerable: esquizoide o esquizotípica - Problemas de adaptación previos a la enfermedad. - Retraso en las etapas del desarrollo en la infancia. - Antecedentes de lesión craneoencefálica. - Bajo nivel intelectual. - Antecedentes de complicaciones obstétricas / traumatismos perinatales - Nacimiento durante el invierno - Acontecimientos vitales estresantes - Abuso de sustancias
Signos prodrómicos de la psicosis	<ul style="list-style-type: none"> - Consciencia: despersonalización, pérdida de noción de la realidad - Cambios en el pensamiento: interferencias, presión, bloqueos, límites borrosos de la realidad y fantasía - Cambios en la percepción: visión borrosa, ceguera, cambios en la percepción de los sonidos. - Abulia: pérdida de interés, hábitos higiénicos, pensamiento productivo, rendimiento escolar, expresión de emociones empobrecida. - Aumento del rechazo social, el aislamiento y comportamiento extraño. - Pensamientos delirantes paranoides o megalomaniacos. - Desorganización circunstancial - Distorsiones alucinatorias de corta duración.
Criterios de riesgo ultra alto UHR	<ul style="list-style-type: none"> - Síntomas psicóticos atenuados: ideas de referencia, creencias extrañas, alteración del discurso, pensamientos mágicos, comportamiento extraño, percepciones inusuales e ideación paranoide (un par de veces por semana al menos durante una semana). - Síntomas psicóticos limitados: los síntomas atenuados se intensifican pero desaparecen en una semana - Riesgo familiar: diagnóstico de esquizofrenia en la línea familiar primaria o secundaria. - Disminución de un 30% en la puntuación de la Evaluación de la Actividad Global (GAF, DSM-IV) del paciente respecto al año anterior.

Para la valoración de los pacientes, se hace necesario tener en cuenta que la presencia de los factores inespecíficos o de factores de riesgo, no son predictores de la transición a un primer episodio. La evaluación del paciente ha de llevarse a cabo teniendo en cuenta la presencia de los tres primeros bloques de factores y signos, pero sobretodo de la existencia o no de los síntomas del cuarto grupo: los criterios de alto riesgo (UHR).

Abundando en lo anterior y con un ánimo de ser más sensibles y específicos, el grupo australiano liderado por Patrick McGorry ha llegado a definir y caracterizar tres grupos con alto riesgo de padecer un primer episodio (McGorry, Yung y Phillips, 2003) .

- **Grupo 1:** Historia familiar de trastorno psiquiátrico en familiares de 1er grado + síntomas específicos + deterioro en el funcionamiento definido por un descenso de al menos 30 puntos en la escala GAF en los últimos 12 meses.
- **Grupo 2- Psicosis atenuadas:** síntomas psicóticos positivos atenuados, por debajo del umbral psicótico, durante al menos 1 semana.
- **Grupo 3-Síntomas psicóticos intermitentes breves y limitados (BLIPS):** episodios breves de síntomas psicóticos, por encima del umbral psicótico, no mantenidos durante más de una semana.
 - *Para operativizar el umbral psicótico es recomendable utilizar la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Overall y Gorham, 1962) y la Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH) (Andreassen et al., 1992).*
 - *Puntuación > 3 en la subescala de alucinaciones del BPRS*
 - *Puntuación > 4 en pensamiento inusual del BPRS más una puntuación > 3 en convicción delirante de la CASH*
 - *Puntuación > 4 en la subescala de desorganización conceptual del BPRS*

Adaptado de McGorry, P. D., Yung, A. R. y Phillips, L. J. (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, 771-790.

La transición al primer episodio psicótico es un proceso en el que se entretajan una amplia amalgama de pródromos y factores inespecíficos en categoría y grado que dificultan su estudio. Los autores australianos Yung y McGorry (1996), hacen una aproximación a la explicación de la transición de la fase prodrómica a la psicosis (ver figura 1) en la que distinguen una primera fase de síntomas inespecíficos, de corta duración y de remisión espontánea (*outpost*). La segunda fase es la denominada prodrómica, donde los síntomas son más estables en el tiempo y son los que acompañarán a la persona hasta el inicio de los primeros síntomas psicóticos claros. A diferencia de los que preceden a las recaídas, la característica esencial de éstos es su larga duración y su aparición normalmente insidiosa.

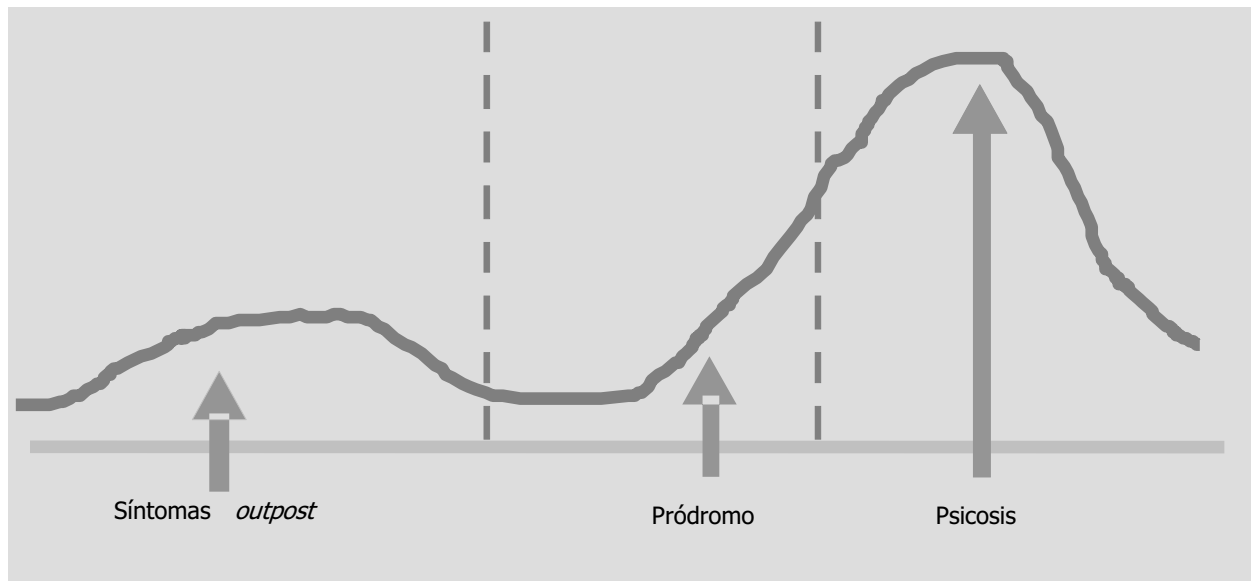


Figura 1. Modelo explicativo de la transición al primer episodio psicótico. Adaptación de Yung y McGorry (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22 (2), 353-370.

En este esquema general se entranan una amplia variedad factores a considerar, cuya interacción dará lugar a una forma en la presentación tanto de los pródromos como de primer episodio psicótico con su consiguiente pronóstico.

3.2. Factores relacionados en el *continuum* de la enfermedad.

La detección de la clínica prodrómica y los factores de vulnerabilidad han sido ampliamente revisados por la literatura. De hecho, suponen factores clave en el tratamiento de los trastornos psicóticos. Numerosos estudios evidencian la existencia de varios factores de vulnerabilidad, pronósticos y psicosociales que, en su interacción y habitualmente acompañados de acontecimientos vitales estresantes, favorecen la aparición de los llamados síntomas *outpost* y de los primeros pródromos.

Algunos estudios señalan la existencia de algunas situaciones de vulnerabilidad presentes en personas que padecen esquizofrenia. Por un lado se contemplan factores biológicos genéticos y metabólicos como los niveles de antioxidantes, la proporción de vitamina E, niveles de colesterol, complicaciones perinatales, enfermedades médicas, el peso, antecedentes familiares de primer grado, alteraciones en el sistema límbico, antecedentes de enfermedades cardiovasculares, la lateralidad y la fecha de nacimiento (Olin y Mednick, 1996; McCreadie *et*

al., 1998; Osby, Correia, Brandt, Ekborn y Sporen, 2000; Jones, 2001).

Por otro lado, algunas variables sociodemográficas han sido objeto de observación y análisis en múltiples trabajos. De entre éstas, se puede destacar la edad, el sexo, la profesión, el genograma familiar, el estado civil, la etnia, el lugar de residencia (rural o urbano), las situaciones de migración, el nivel educativo y el estatus socioeconómico (Larsen, Johannessen y Opjordsmaen, 1998; Edwards, Maude, McGorry, Harrigan y Cocks, 1998; Barnes *et al.*, 2000; Jones, 2001; Norman, Townsend y Malla, 2001; Tatsumi *et al.*, 2002).

La revisión en la literatura ha evidenciado la existencia de otros factores considerados de riesgo más de tipo psicosocial como la emoción expresada en la familia (EE) (Leff, Kuipers, Berkowitz y Sturgeon, 1985; Butzlaff y Hooley, 1998; Mavreas, Tomaras, Karydi, Economou y Stefanis, 1992; Tomaras *et al.*, 2000; Feldmann, Hornung, Buchkremer y Arolt, 2001) y las relaciones de soporte (Arango, Calcedo, Gonzalez y Calcedo, 1999; Barnes *et al.*, 2000; Edwards, Maude, McGorry, Harrigan y Cocks, 1998; Larsen *et al.*, 1998; Norman *et al.*, 2001; Olin y Mednick, 1996; Yung y McGorry, 1996; Addington y Addington, 1998; Soyka, 2000; Malaspina *et al.*, 2000; Walsh *et al.*, 2001).

De entre los factores de ajuste premórbido se ha destacado la importancia del coeficiente intelectual, su funcionamiento laboral y/o escolar, los patrones de personalidad y las habilidades de afrontamiento y el funcionamiento neurocognitivo (Marneros, Rohde, Deister y Steinmeyer, 1989; Peralta, Cuesta y de Leon, 1991; Smith, Deutsch, Schwartz y Terkelsen, 1993; Castle, Wessely y Murray, 1993; Frith, 1995; Jarne, Costas y Sanz, 1995; Tamminga, Buchanan y Gold, 1998; Malmberg, Lewis, David y Allebeck, 1998; Rodriguez Solano y Gonzalez, 2000; Carpiello y Carta, 2002; Cetkovich-Bakmas, 2003).

Todo este compendio de variables podrían agruparse en tres grandes grupos: factores de vulnerabilidad, de ajuste premórbido y de riesgo psicosocial. El producto de la interacción de éstos en combinación con los denominados *life events*, darían lugar a las distintas combinaciones de cuadros clínicos donde se presentarían los primeros síntomas *outpots* y *prodrómicos* (ver figura 2).

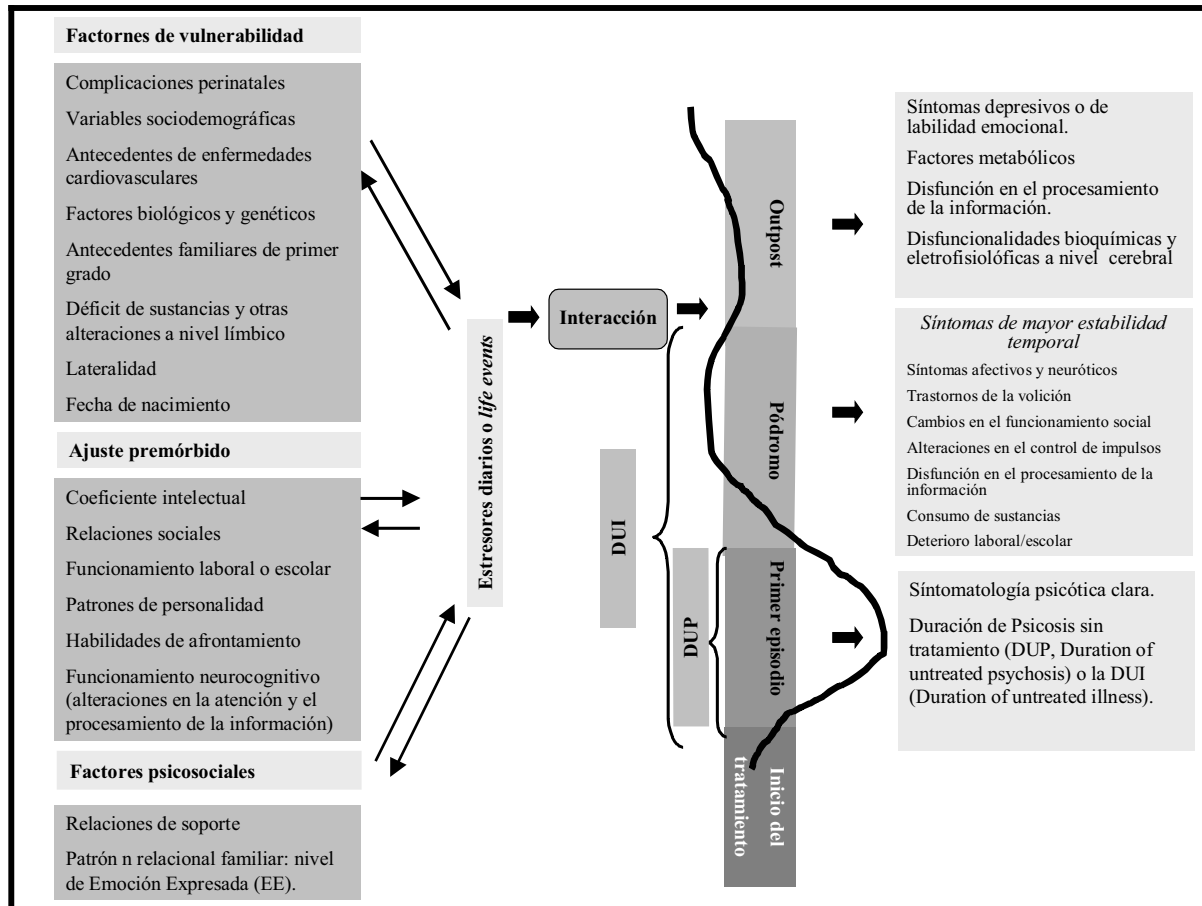


Figura 2. Factores que intervienen en la aparición de la esquizofrenia.

Los resultados de un trabajo presentado en la I Reunión Nacional de Fases Tempranas de las enfermedades mentales⁴, indican como síntoma prodrómico de inicio más precoz la impulsividad en contraste con el más tardío que es la falta de motivación. En este mismo estudio se realiza un análisis de frecuencias de la sintomatología prodrómica explorada retrospectivamente en los primeros episodios, los resultados del cual nos apuntan un mapa, más o menos generalizable, de cuáles son los signos y síntomas prepsicóticos más habituales (ver tabla 3).

⁴ Ariño, Vilalta y Ferrer. Póster presentado en la I Reunión Nacional de Fases Tempranas de las enfermedades mentales: las psicosis. Celebrado en Santander (13-15 de noviembre de 2003).

Tabla 3.
Principales síntomas prodrómicos en la esquizofrenia.

Síntomas prodrómicos	Frecuencias en %
Trastornos de atención	14,6
Dificultades en la creación de Intenciones y formulación de objetivos	10,4
Ausencia de iniciativa. Falta de espontaneidad	8,3
Escasa motivación	10,4
Apatía	8,3
Inflexibilidad o rigidez	10,4
Dificultades en la planificación	10,4
Conductas irresponsables	10,4
Impulsividad	14,6
Conducta antisocial	8,3
Embotamiento afectivo	6,3
Inestabilidad emocional	2,1

En este estudio apuntaban la idea de que los síntomas prodrómicos de inicio más temprano son la impulsividad y los trastornos de atención, confirmando así la existencia de síntomas inespecíficos en las primeras etapas de desarrollo sensibles a evaluación.

En esta línea algunos trabajos corroboran como la mayoría de primeros episodios se inician con síntomas prodrómicos inespecíficos o síntomas negativos (73% de los casos), el 20% lo hacen con sintomatología positiva, negativa e inespecífica y el 7% restante comienzan con síntomas positivos únicamente (Häfner, Löffler, Maurer, Hambrecht y An der Heiden, 1999).

3.2.1. La Duración de Psicosis sin Tratar (DUP) y la Duración de la enfermedad sin tratar (DUI).

De la presentación de la sintomatología prodrómica a la transición de los primeros síntomas psicóticos claros, se han realizado algunos estudios en los últimos años (Yung *et al.*, 2003; Morrison *et al.*, 2002; Yung *et al.*, 2003). De todas las líneas de investigación centradas en el primer episodio o la fase inicial de la esquizofrenia en la actualidad, ninguna obvia la importancia de la DUP (*Duration of Untreated Psychosis*) o la DUI (*Duration of Untreated Illness*). La DUP ha sido considerada por la literatura como uno de los factores pronósticos más determinantes de la enfermedad, de ahí que su conceptualización y control tanto en los trabajos de investigación como en la práctica clínica diaria sea tan importante.

La DUP hace referencia al periodo de tiempo transcurrido entre los primeros síntomas psicóticos evidentes, que cumplen los criterios consensuados en los manuales diagnósticos actuales como el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) y el inicio del tratamiento.

Sobre el concepto de inicio de tratamiento, existe una discusión acalorada en la actualidad ya que no hay un acuerdo claro en la consideración del inicio del tratamiento cuando se administra el primer neuroléptico o bien cuando ya se han instaurado las dosis y la medicación adecuadas.

La diferencia de la DUP con la DUI es la variable temporal. Teniendo presente la consideración de la enfermedad como un *continuum* de factores que se van entretejiendo desde el nacimiento hasta la aparición del primer episodio, la DUI haría referencia al espacio temporal transcurrido entre los pródromos más tempranos hasta el inicio del tratamiento de los síntomas psicóticos. Ambos son de difícil medición ya que la información sobre el período transcurrido entre el inicio de los primeros síntomas prodrómicos (DUI) o psicóticos (DUP) se extrae de manera retrospectiva durante una entrevista⁵.

Son muchos los estudios en la actualidad que demuestran que la DUP tiene una serie de consecuencias sobre la remisión (más lenta) de los síntomas, un mayor riesgo de suicidio, el deterioro de las relaciones sociales y familiares, la incapacidad laboral y de formación, el abuso de sustancias, la violencia y delincuencia (Edwards *et al.*, 1998; Larsen *et al.*, 1998; Arango *et al.*, 1999; Norman *et al.*, 2001; Kalla *et al.*, 2002; Edwards y McGorry, 2004). Algunos autores llegan a afirmar que la ausencia de intervención en los estadios iniciales de la esquizofrenia conllevará consecuentemente limitaciones claras en la efectividad de los tratamientos psicosociales e incluso en la cronicidad de la psicosis (Johannessen, Larsen, McGlashan y Vaglum, 2000).

El Profesor Max Birchwood, sostiene la teoría de la existencia de un "período crítico" que abarcaría la fase inicial de la enfermedad definida como los cinco primeros años de evolución (Birchwood, Todd y Jackson, 1998). Según estos autores, en este primer momento, se forjan los aspectos fundamentales de la evolución posterior de la esquizofrenia.

⁵ La información sobre el período de DUP o DUI se extrae de manera retrospectiva a excepción de los estudios que tienen por objetivo la detección precoz, ya que en muchos de los casos, dicha información es recogida en el momento de la exploración para ser tratada de forma prospectiva.

De entre estos factores destacan fundamentalmente los siguientes:

- El modelo de respuesta individual a la psicosis que determinará el posterior ajuste de la persona y la adaptación.
- Procesos evolutivos implicados en la morbilidad secundaria (ej. la depresión etc.)
- Los orígenes y la evolución de la emoción expresada en la familia, especialmente la sobreimplicación y el criticismo.

Ante esta panorámica, la mayoría de los investigadores abogan por una adecuada atención en las fases iniciales de la enfermedad apostando por dos estrategias complementarias:

- 1) La puesta en marcha de programas destinados a reducir la DUP.
- 2) Una intervención integral ajustada a las características específicas de la fase inicial de la enfermedad.

En la siguiente tabla se presenta una recopilación de las consecuencias de la DUP sobre la evolución de la enfermedad que exponen Edwards y McGorry (2004).

Tabla 4.

Consecuencias del retraso en el tratamiento

- recuperación más lenta y menos completa
- peor pronóstico
- aumento del riesgo de depresión y suicidio
- interferencia con el desarrollo psicológico y social
- tensión en las relaciones interpersonales
- pérdida del apoyo familiar y social
- alteración de las habilidades parentales del paciente (si tiene hijos)
- angustia e incremento de los problemas psicológicos en el grupo familiar
- interrupción de los estudios o actividad laboral
- abuso de sustancias
- conductas violentas / criminales
- hospitalización innecesaria
- pérdida de la autoestima y la confianza
- aumento del coste del tratamiento

Nota. Adaptación de Edwards, J. y McGorry, P. (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 (p. 10).

En esta línea se han propuesto estrategias para reducir la demora de la DUP y fomentar el inicio temprano de los programas de intervención precoz. De éstas, las principales son la detección de los síntomas prodrómicos y la valoración de los factores de riesgo tales como la presencia de antecedentes familiares, antecedentes obstétricos, el fracaso escolar, el coeficiente intelectual, el pobre ajuste premórbido, la personalidad vulnerable y el abuso de drogas.

En la siguiente tabla se presenta una revisión de los resultados de los diferentes estudios respecto a los resultados pronósticos de la enfermedad respecto a las DUP.

Tabla 5

Resultados pronósticos de la esquizofrenia respecto a la duración de psicosis sin tratar (DUP) o la duración de la enfermedad sin tratar (DUI)

Autores/año	n	DUP	DUI	RESULTADOS <i>(Las mediciones de la DUP y la DUI se han registrado en semanas).</i>
(Larsen, McGlashan, Johannessen y Vibe-Hansen, 1996)	43	54	-	La DUP fue significativamente mayor en hombres. No evidencian correlación significativa entre la DUP y el funcionamiento premórbido en hombres.
(Barnes <i>et al.</i> , 2000)	53	26	104	Evidencian un progresivo deterioro durante el período de psicosis sin tratar. Existe una asociación entre el deterioro de las funciones ejecutivas y una larga DUP/DUI. Evidencian la correlación entre la DUP/DUI y la resistencia inicial al tratamiento.
(de Haan, van Der y Wolthaus, 2000)	205	-	-	La tendencia a un largo DUP se relaciona con los síntomas negativos pero no con otros síntomas, ni el funcionamiento social.
(Drake, Haley, Akhtar y Lewis, 2000)	48	12	-	La larga DUP está asociado con la tendencia a un pobre insight y el aislamiento social pero no con las variables sociodemográficas. La correlación entre la DUP y el mal pronóstico es fuerte durante los primeros meses de la enfermedad.
(Larsen, Moe, Vibe-Hansen y Johannessen, 2000)	43	54	-	El pobre funcionamiento premórbido y una larga DUP correlaciona significativamente con la aparición de más sintomatología negativa y un pobre funcionamiento global en el seguimiento de los pacientes con primer episodio. La larga DUP también correlaciona con la aparición de síntomas positivos.
(Moller, 2000)	19	-	-	Los resultados de este estudio encuentran una relación entre una corta DUP y el inicio tardío de los prodrómos (media de 20,5 años). También con una corta duración de la fase prodrómica (<2años), la presencia de ideas delirantes de grandiosidad, el aislamiento y/o desorganización conceptual.

(Drake, Haley, Akhtar y Lewis, 2000)	248	12	-	La larga DUP predice la pobre conciencia de enfermedad, el aislamiento social y un peor pronóstico en el funcionamiento social de la persona.
(Black <i>et al.</i> , 2001)	19	57	-	La larga DUP se relaciona con la sintomatología negativa y el aislamiento social. Durante el seguimiento, la larga DUP se asocia con la aparición de síntomas positivos y el pobre funcionamiento global.
(Norman y Malla, 2001)	-	-	-	En su revisión destacan la importancia de la investigación de la DUP en relación a la su reducción y el inicio de una intervención precoz.
(Malla, Norman, McLean y McIntosh, 2001)	41	17	42	El grupo de larga DUP (>6 meses) obtuvieron puntuaciones más bajas en las medidas de calidad de vida subjetiva. Las diferencias no fueron significativas.
(Altamura, Basetti, Sassella, Salvadori y Mundo, 2001)	67	-	-	Relacionan la larga DUP con las recaídas múltiples durante fase inicial de la esquizofrenia en comparación con un grupo que únicamente tuvo una recaída durante los primeros 4 años de enfermedad. Son factores predictores del pronóstico las puntuaciones En el BPRS en el pre-tratamiento y la DUP.
(Amminger, Edwards, Brewer, Harrigan y McGorry, 2002)	42	-	-	Apuntan que la presencia de una larga DUP predice la evolución del deterioro cognitivo en la esquizofrenia. Esta predictibilidad se analiza mediante un análisis de regresión y es independiente a la influencia de otros factores como la edad, el sexo, el nivel intelectual premórbido y el inicio precoz.
(Joyce <i>et al.</i> , 2002)	136	93	-	Los resultados apuntan que la DUP predice el deterioro de algunas funciones cognitivas como la atención, memoria y funciones ejecutivas.
(Malla <i>et al.</i> , 2002)	106	-	-	La tasa y el nivel de mejoría fue significativamente mayor en pacientes con una corta DUP (<22 semanas). La DUP resultó ser el único predictor independiente del nivel de remisión sintomática al cabo de un año.
(Skeate, Jackson, Birchwood y Jones, 2002)	42	15	-	De los pacientes incluidos en la muestra el 28,6% tenían un corto DUP, el 40,5% tenían un DUP moderado, mientras que un 30,9% tenían un largo DUP. Se observan diferencias significativas entre los grupos de DUP y su actitud de búsqueda de ayuda en atención primaria (AP). El grupo de corto DUP tenía una frecuencia mayor de visitas en AP que el grupo de largo DUP. Sin embargo, No hubo diferencias entre el moderado y el largo DUP. Los resultados indicaron que aquellos pacientes que consultaron a su generalista con más frecuencia en los 6 años anteriores al inicio del episodio psicótico tenían más probabilidad de tener un corto DUP.
(Bottlender <i>et al.</i> , 2003)	58	-	-	Los autores apuntan la asociación entre una larga DUP y peores puntuaciones en la escala negativa y de psicopatología general de la PANSS. Así como con un peor funcionamiento global.
(Altamura, Basetti, Bignotti, Pioli y Mundo, 2003)	103	-	-	Estudian la relación entre la larga DUP y la posibilidad de intentos autolíticos. El nivel de predictibilidad es significativo.
(Haley, Drake, Bentall y Lewis, 2003)	50	-	-	Apuntan la relación directa entre el <i>locus</i> de control interno del paciente una DUP más corta en comparación con pacientes que tienden al <i>locus</i> de control externo.

(de Haan, Linszen, Lenior, de Win y Gorsira, 2003)	88			Estudian la relación entre la DUP y el retraso en un tratamiento psicosocial intensivo (DIPT) en pacientes con psicosis precoz. La DUP y el DIPT están asociados a peores resultados en sintomatología negativa. La DUP se asocia más a las recaídas mientras que la DIPT está más vinculada a mayores estancias en el hospital.
(Addington, Van Mastrigt y Addington, 2004)	200	-		Los resultados muestran una asociación entre la DUP y niveles más elevados de sintomatología positiva y un funcionamiento global más pobre. El análisis de regresión muestra independencia dicha asociación de otras variables.
(Fuchs y Steinert, 2002; Fuchs y Steinert, 2004)	50	8		Los pacientes con largo DUP presentaron peores resultados en severidad de síntomas positivos y funcionamiento social. Sin embargo, esta asociación no se observa con la sintomatología negativa.
(Kohn <i>et al.</i> , 2004)	82	-	5 años	Los resultados indican que a nivel psicopatológico, los pacientes con largo DUI tenían un humor más depresivo, ansiedad, síntomas compulsivos y mostraban más alteraciones de la percepción del propio cuerpo.
(Tirupati, Rangaswamy y Raman, 2004)	75	-	-	Se observa relación entre una larga DUP y peores resultados clínicos globales así como una peor respuesta al tratamiento.
(Ucok, Polat, Genc, Cakiotar y Turan, 2004)	79	34	-	Los pacientes con corta DUP obtuvieron mejores puntuaciones en el BPRS y en la escala de síntomas positivos. No se encontró dicha asociación con los síntomas negativos. Los autores apuntan que la DUP es un importante predictor de la respuesta al tratamiento en fase aguda en los primeros episodios de esquizofrenia.
(Yamazawa <i>et al.</i> , 2004)	83	14	-	No se detectaron diferencias entre sujetos que vivían solos o con la familia.
(Cougard <i>et al.</i> , 2004)	86	28	-	La larga DUP se asocia con factores sociodemográficos y asistenciales. La edad, vivir solo, el desempleo y el consumo de sustancias se incluyen en el modelo de predictibilidad. El 90% tienen su primer contacto con los servicios antes de su primer ingreso y el 51,2% de estos no reciben tratamiento hasta el ingreso.
(Chong, Lee, Bird y Verma, 2005)	112	-	-	Revisión sistemática: Concluyen que un cuarto de la población prefieren consultar a una persona no profesional de la salud (chaman) prioritariamente que al psiquiatra. Sin embargo, las diferencias entre la DUP entre este grupo y el que si consulta a los servicios no es significativa
(Oosthuizen, Emsley, Keyter, Niehaus y Koen, 2005)	48	-	-	La DUP correlaciona significativamente con la mejoría en la sintomatología positiva y negativa. El análisis multivariante que realizan posteriormente indica que la DUP es el único predictor de la mejora en la sintomatología negativa a los 24 meses.

(Morgan <i>et al.</i> , 2005)	462	-	-	Revisión sistemática sobre el primer contacto de pacientes con primer episodio a los servicios, la DUP y la etnia. Existen factores psicosociales y culturales que alargan la DUP en pacientes afro-caribeños incrementando el riesgo de mal pronóstico por no tener contacto con los servicios de salud.
(Norman, Lewis y Marshall, 2005)	-	-	-	Revisión sistemática con 13 ensayos sobre la DUP y la remisión sintomática. Afirma que es uno de los más potentes predictores aunque no el único. El funcionamiento neurocognitivo premórbido tiene un peso importante también.
(Singh y Grangem, 2006)	-	-	-	Revisión sistemática con 15 estudios identificados. Suponen tres razones por las que se retrasa el tratamiento. Los pacientes no lo quieren, no se les ofrece o bien no consideran que sea necesario. La utilización de los servicios, la asistencia sin estigma y la conciencia de enfermedad son los factores que los autores proponen como clave para la intervención.

El 100% de los estudios demuestran la relación existente entre un período más prolongado de psicosis sin tratar (DUP) y en algunos casos de enfermedad sin tratar (DUI) con un peor pronóstico y peor respuesta al tratamiento en diversas áreas de sintomatología clínica. No obstante, parecen observarse algunas controversias al respecto. No todos los estudios coinciden en las variables de mal pronóstico asociadas a la DUP. Un 15% de los estudios que utilizan la PANSS como medida de resultado, afirman que la DUP está asociada a la pobre respuesta al tratamiento de la sintomatología negativa. Un 15% afirman que este fenómeno se produce únicamente con los síntomas positivos, mientras que el 20% de estudios apuntan que dicha asociación se da en las dos escalas de la PANSS.

El estudio de la DUP es en sí controvertido ya que siempre se ha de evaluar de manera retrospectiva y a menudo, los sesgos metodológicos, teóricos y conceptuales de este tipo de trabajos podrían explicar estas diferencias en los resultados. El conflicto entre la exploración de la narrativa del paciente y el peregrinaje de éste por el sistema de servicios de salud y el desarrollo de medidas empíricas de este concepto está todavía en auge y dificulta en gran medida extraer conclusiones consistentes. No obstante, sabemos que la DUP actúa como predictor en todos los estudios y por tanto es una variable a considerar y controlar en cualquier intervención realizada desde servicios de atención temprana al paciente con esquizofrenia.

3.3. Detección precoz de los primeros episodios.

Los trabajos publicados hasta la actualidad evidencian que las demoras en la instauración de un tratamiento eficaz pueden disminuir la posibilidad de una recuperación completa de la persona tras el primer episodio e incluso condicionar la evolución de la enfermedad. Según esta premisa, la detección precoz de casos con la finalidad de reducir la DUP debería reducir la prevalencia y la morbilidad de los primeros episodios siempre y cuando dispongamos de un programa adecuado que pueda asumir esa detección.

Hasta la actualidad los estudios sobre la DUP están destinados a conocer con profundidad en fenómeno con el objetivo de reducirlo y observar el efecto sobre el pronóstico. Pero, como mencionábamos anteriormente, este tipo de estudios podrían tener unos sesgos metodológicos importantes que complican el terreno de investigación. Además del procedimiento de evaluación existe otra variable a tener presente, y es que los pacientes con una larga duración de psicosis sin tratar son más reacios a participar en los estudios que los pacientes que han sufrido un primer episodio recientemente.

Asumiendo las pequeñas fisuras metodológicas de la investigación no podemos afirmar que una larga DUP predice un mal pronóstico, pero en la mayoría de estudios se ha hallado una estrecha relación con consecuencias directas clínicas y psicosociales negativas.

El cuadro siguiente presenta estrategias útiles para reducir el período de psicosis no tratada englobando aportaciones de grupos de trabajo extranjeros como el equipo australiano con el programa EPPIC (EPPIC, 1997), el londinense con el programa PEPP (PEPP, 2000) y el noruego con el TIPS (Johannessen *et al.*, 2000).

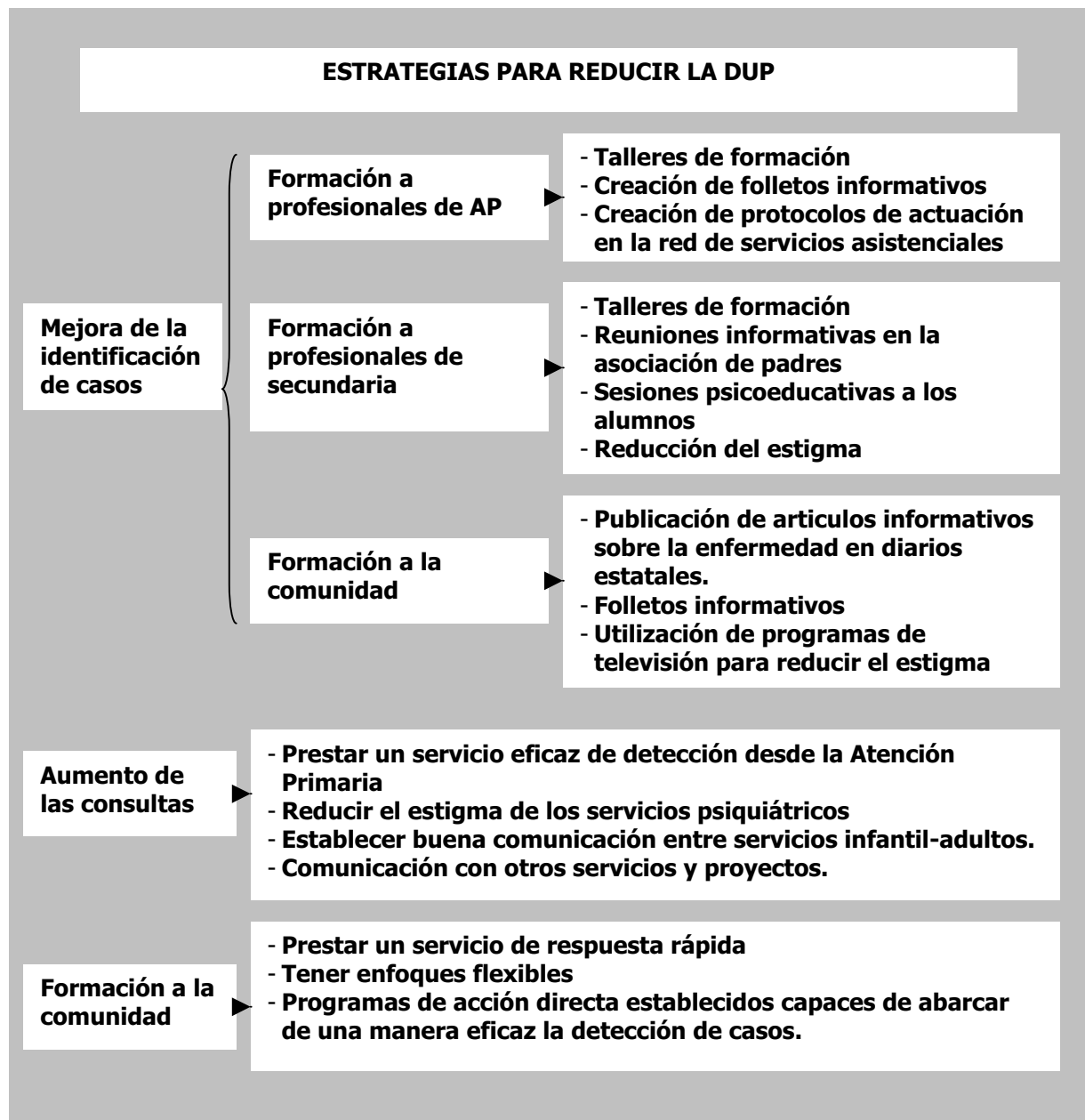


Figura 3. Estrategias generales para la reducción de la DUP

En realidad el componente común de todos los programas es un cambio en la organización del sistema y en su estructura flexibilizándola al máximo para adaptarla a pacientes que, por la naturaleza de su enfermedad y por el estigma social que representa la misma, no accederían de manera natural.

Las estrategias de reducción de la DUP y de tratamiento precoz representan un esfuerzo enorme para cambiar las vías de acceso al sistema en nuestro medio. En los programas que se están desarrollados en otros países como Reino Unido, Finlandia, Noruega, o Australia los resultados están siendo realmente satisfactorios, tanto para el usuario como para el sistema e incluso para los recursos económicos invertidos en salud pública.

Parte primera: Marco conceptual de la intervención precoz

Capítulo segundo: la recaída

Conceptualización del término

El modelo de vulnerabilidad/ estrés

Tratamientos en la esquizofrenia basados en la evidencia

Estudios de recaídas con tratamientos combinados y CBT

Capítulo segundo: Cuando la evolución no es favorable: la recaída.

*Como si me empachara de mí mismo,
el cerebro me iba demasiado rápido, yo no era dueño,
como si fuera en un barco seguro de naufragar,
buscando mi propio naufragio...*

O.N. (28 de febrero de 2005)

1. Introducción

La esquizofrenia es una enfermedad que por definición cursa en forma de múltiples brotes en un 90% de los casos (American Psychiatric Association, 1995). La reagudización sintomática repetida induce a la persona a la pérdida progresiva de las capacidades cognitivas, intelectuales, sociales, laborales y, en general, todos los aspectos relacionados con las actividades de la vida diaria.

En la actualidad, es sabido que este deterioro se manifiesta de manera más acusada durante los primeros cinco años de enfermedad. Es por este motivo que la prevención de las recaídas en la esquizofrenia se ha convertido en uno de los objetivos prioritarios en todas las formas de tratamiento que se realizan actualmente (Robinson *et al.*, 1999); de hecho, minimizar el impacto de los episodios múltiples durante el periodo crítico es uno de los objetivos principales de los programas de actuación en primeros episodios (Birchwood *et al.*, 1998; Gaebel *et al.*, 2002).

2. Conceptualización del término.

En 1997, Hogarty y colaboradores, proponen una definición del término "recaída" refiriéndose a ésta como la presentación de un cambio clínico centrado en el paso de la remisión de los síntomas positivos a la exacerbación de los mismos o bien un incremento significativo de los síntomas persistentes.

En los diversos estudios podemos encontrar maneras distintas de medir las recaídas. Por un lado, hay trabajos que utilizan escalas clínicas validadas para realizar los registros de agudización sintomática (Jorgensen, 1998; Robinson *et al.*, 1999; Schooler *et al.*, 1997; Tarrier, Barrowclough y Bamrah, 1991). Otros, en cambio, optan por el consenso clínico o los criterios diagnósticos (Hogarty *et al.*, 1986; Hogarty *et al.*, 1991). Incluso hay estudios que utilizan el ingreso psiquiátrico como indicador exclusivo de recaídas (Dobson, 1996; Otero y Rebolledo, 1992; Buchkremer, Klingberg, Schulze y Horrnung, 1997; Hornung, Feldmann, Klingberg, Buchkremer y Reker, 1999a).

Teniendo presente la definición formulada por Hogarty (1997), una manera fiable de medir las recaídas sería mediante distintos indicadores. Por un lado, el registro sistemático y continuo de la presencia y el grado de la agudización sintomática utilizando alguna escala de medida sensible a ésta. Por otro lado, mediante la recogida de información sobre los ingresos psiquiátricos, las estancias en hospital de día, las visitas a urgencias y los aumentos de medicación (Farriols, 2001).

La reagudización sintomática que precede y acompaña la recaída psicótica ha sido descrita por diferentes autores. Es sabido que algunos de estos síntomas coinciden con los pródromos de la fase inicial de la enfermedad, aunque no sucede así en todos los casos y la duración de los mismos dista sustancialmente de los que presencian la fase prodrómica.

En 1991, el grupo de Tarrier, destaca la presentación de sintomatología alucinatoria y depresiva en un período de cuatro semanas antes de la recaída (Tarrier *et al.*, 1991).

Cinco años más tarde, Yung y McGorry (1996) realizan una revisión exhaustiva sobre los síntomas precedentes a las recaídas más descritos por la literatura. Entre éstos destacan los cambios en la capacidad de atención y concentración, preocupación, bloqueos de pensamiento, sentimientos de culpa, síntomas depresivos, ansiedad, irritabilidad, inquietud, anhedonia, ideas de autolisis, labilidad emocional, apatía, pérdida de interés, fatiga, percepciones anormales, cambios en la percepción de unos mismo y de los demás, suspicacia, conductas obsesivas, funcionamiento pobre socio-laboral y las reacciones agresivas.

En 1988, Subotnick y Nuechterlein apuntan como síntomas precedentes a la recaída los contenidos extraños de pensamiento, la hostilidad, suspicacia, grandiosidad, experiencias perceptivas inusuales, depresión, preocupación somática y los sentimientos de culpa. En contraste con las afirmaciones del grupo de Tarrier (1991), remarca que estos signos y síntomas se concretan entre las 6 y las 8 semanas anteriores a la recaída.

En este mismo año (Jorgensen, 1998) plantea una reflexión acorde con la línea de pensamiento del grupo de Lieberman, ya que apunta la dificultad de distinción entre los síntomas podrómicos y los propios de la recaída. Por este motivo es muy importante el trabajo en colaboración con el paciente, que pueda explicar y registrar de manera subjetiva los síntomas precedentes de una recaída ya que las manifestaciones podrían estar contaminadas por síntomas residuales (McGorry, 2000). Este modo de manejar la prevención de recaídas ya se llevó a cabo de manera práctica en el módulo descrito por Lieberman y *Associates* (1989) y recomendado de manera más detallada por otros autores en publicaciones posteriores como la de Schooler y Keith (1993).

3. El modelo de vulnerabilidad-estrés.

Las líneas de investigación que se desarrollan desde los años 80 hasta la actualidad acreditan las afirmaciones teóricas del modelo de Vulnerabilidad-Estrés (Zubin y Spring, 1977). Estos autores otorgan carta de ciudadanía al modelo que posteriormente desarrollan científicos como Nuechterlein y Dobson (1984) o Lieberman y Mueser (1988).

El modelo descansa sobre la premisa de algunos agentes estresantes pueden desencadenar la manifestación esquizofrénica en aquellas personas que tienen una mayor predisposición de índole biológica. El enfoque está basado en un marco comprensivo que contempla las interacciones de un contexto cultural y las continuas interacciones dialécticas entre el individuo vulnerable y su medio.

En base a este modelo se inician nuevas investigaciones con el objetivo de detectar y definir cuáles son estos agentes que se presentan como estresantes y que correlacionan fuertemente con las recaídas en la esquizofrenia. Entre éstos, hay que destacar el trabajo del grupo de Carol

Anderson (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986) en el que se apuntan como precipitantes de las recaídas en la esquizofrenia los siguientes agentes:

- Actitudes familiares ansiógenas expresadas con regularidad. Lo que técnicamente ha sido bautizado como emoción expresada (EE) alta (nivel de crítica o sobreprotección emocional elevadas).
- Psicoterapias intensivas no estructuradas que resultan sobreestimulantes.
- Medicación neuroléptica no controlada o incompleta.

En 1998, un estudio multicéntrico alemán intentó separar las variables intervinientes en las recaídas y los reingresos de 354 pacientes diagnosticados de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo (Doering *et al.*, 1998). Los resultados señalaron la existencia de predictores tales como los que se describen a continuación:

- El cumplimiento correcto del tratamiento neuroléptico.
- El inicio y el curso previo (factores precipitantes, primera manifestación, hospitalizaciones anteriores tentativas de suicidio).
- La psicopatología (tipo residual o trastorno esquizoafectivo).
- El ajuste social.
- Los acontecimientos vitales estresantes.
- Algunas variables sociodemográficas como el sexo y la edad.

Un año después, el grupo de Zubin (Zubin, Steinhauer y Condray, 1992) publica un trabajo en el que se hipotetiza que la vulnerabilidad a la esquizofrenia podía manifestarse mayormente en algunos subtipos de esquizofrenia como resultado de un acontecimiento vital estresante o a causa de una disrupción en la homeóstasis fisiológica y cuando la habilidad del individuo para afrontar el elemento estresante deja de ser válida.

En el marco del modelo de Vulnerabilidad-Estrés, abalado por las grandes líneas de investigación en los últimos 25 años, la esquizofrenia se presenta como una enfermedad de gran complejidad etiológica en la que factores genéticos, psicológicos, sociales y familiares se entretajan para generar un primer episodio en el que quedarán afectadas la mayoría de las parcelas de la vida de la persona. Desde esta perspectiva, las recaídas posteriores al primer episodio definirán la

evolución de la enfermedad y el grado de deterioro en las esferas laboral, familiar y social de la persona. Es por este motivo por el que la inmensa mayoría de estudios contemplan la recaída como indicador principal del pronóstico.

Por otro lado, hay estudios que relacionan las tasas de recaídas con los efectos del clima estacional (Clarke *et al.*, 1998; Davies, Ahmad, Cahnt, Welham y McGrath, 2000; Shilo *et al.*, 2005). Otros afirman y comprueban que las variables que resultan predictoras de las recaídas en la esquizofrenia son tres: el reconocimiento de los síntomas, el manejo de los mismos y la percepción de autoeficacia respecto a este manejo (Kennedy, Schepp y O'Connor, 2000).

Si tratamos el tema de recaídas en la esquizofrenia e intervenciones indicadas para su prevención no podemos dejar de hablar del grupo de Hogarty cuyos estudios de la efectividad de los tratamientos combinados sobre las recaídas han sido fundamentales para la investigación actual. En uno de los estudios principales de este grupo (Hogarty *et al.*, 1986; Hogarty *et al.*, 1991) realizado con 103 pacientes, se examinaron las tasas de recaídas en función de la estrategia terapéutica a la que habían sido asignados los pacientes. El tratamiento más efectivo resultó ser la combinación del entrenamiento en habilidades sociales, la terapia familiar y el tratamiento farmacológico. No se observaron recaídas en el 75% de pacientes que participaron en este programa durante los 2 años de seguimiento posteriores. Estos datos contrastan con los el 62% de pacientes del grupo control (únicamente con tratamiento farmacológico) que manifestaron recaídas durante el mismo período de tiempo que el grupo que recibió la terapia combinada.

Respecto a las fases iniciales de la enfermedad, los especialistas en las terapias para la psicosis abogan por la intensificación de las terapias integrales ya que se estima una reducción de las recaídas al 15% frente al 30% que recae cuando solo se trata con fármacos⁶.

En base a estos datos y los estudios de Hogarty *et al.*, (1986, 1991), sería interesante revisar y analizar los trabajos realizados que evalúan la efectividad de los tratamientos farmacológicos en contraste con los combinados.

⁶ Estas cifras fueron expuestas en el 15º Congreso Internacional para la Psicoterapia de la Esquizofrenia y otras Psicosis ISPS por el Dr. Manuel González de Chávez, presidente de ISPS de Madrid (12 de junio de 2006).

4. Tratamientos para la esquizofrenia basados en la evidencia.

4.1. Estudios sobre las recaídas en la esquizofrenia con intervención farmacológica.

Desde la aparición de los tratamientos farmacológicos en la esquizofrenia en la década de los 50, la intervención se dirigía principalmente a proporcionar a la persona alivio sintomático y a controlar las agudizaciones de la enfermedad. Hasta la actualidad, ningún autor niega la necesidad e indispensabilidad del tratamiento neuroléptico aunque la mayoría de expertos afirman que para el adecuado abordaje, no es suficiente.

En 1984 el grupo de Nuechterlein y Dobson apuntan que el mantenimiento de la medicación neuroléptica puede aumentar el umbral de reaparición sintomática. Otros autores, en publicaciones posteriores, señalan las altas tasas de recaídas aún con la garantía de que los pacientes tomaban correctamente el tratamiento y en las dosis adecuadas (Haldford y Hayes, 1991).

En 1993 Shooler y Keith citan en su trabajo dos grades revisiones sobre la efectividad del tratamiento neuroléptico. La primera, realizada en 1967 por Cole y Davis concluye que de 103 estudios revisados, la medicación fue superior al placebo en 106. En 1975, Davis realiza una segunda revisión de 24 estudios y afirma que en los grupos que recibieron placebo se observaron tasas de recaídas que oscilaban alrededor de un 32% más que en los que recibieron tratamiento farmacológico.

Uno de los estudios clave en el marco de la prevención de recaídas (Hogarty y Ulrich, 1998) pone de manifiesto la elevada frecuencia de recaídas cuando se interrumpe la medicación neuroléptica. Señalan que entre un 60%-80% de los pacientes recaen en el transcurso de un año cuando se cesa la intervención farmacológica. Se sitúa alrededor de un 80% en el seguimiento a 2 años en pacientes que han interrumpido o la han sustituido por un placebo.

Otra de las aportaciones interesantes de este estudio es la alta correlación entre el número de recaídas y la aparición de nuevos episodios. Los resultados parecen indicar la conformación de un patrón cíclico y creciente de recaídas alimentadas por las mismas.

Un año más tarde, Robinson *et al.*, (1999) afirman que hasta un 81,9% de pacientes que se recuperaron de un primer episodio de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, sufren una recaída en el plazo de 5 años y un 78% presentaban una segunda exacerbación sintomática durante los 5 años siguientes aún habiéndose realizado seguimiento clínico.

Incluso con la correcta administración del tratamiento farmacológico, observamos tasas de recaídas entre un 35 y un 40% durante el primer año (Hogarty *et al.*, 1986) en pacientes que se tratan únicamente con medicación neuroléptica; tasas que aumentan en un 50% en pacientes en contacto con elevados niveles de emoción expresada o que experimentan acontecimientos vitales estresantes (Kavanagh, 1992).

En el trabajo de Hogarty de 1991 se muestran incrementos de estas tasas hasta un 62% y en otros trabajos más antiguos en un 83% (Leff, Kuipers, Berkowitz y Sturgeon, 1985; Falloon *et al.*, 1985).

Para extraer conclusiones globales, el siguiente apartado pretende revisar los estudios realizados con tratamientos combinados que contemplan las recaídas como variable dependiente.

4.2. Estudios de recaídas en la esquizofrenia con tratamientos combinados.

En la actualidad ya es aceptada por la comunidad científica la premisa de que el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico aplicado de manera simultánea es más efectivo que cualquiera de las dos intervenciones por separado. En la mayoría de estudios, la evaluación de recaídas se ha convertido en la medida de resultado más estudiada ya que se asocia de una manera directa al pronóstico de la enfermedad.

Hogarty y Ulrich (1998) ya demostraron que llevando a cabo un tratamiento integral, las tasas de recaídas se pueden reducir hasta un 50% si lo comparamos con los datos obtenidos de pacientes que toman medicación únicamente. Por otro lado, el tratamiento psicológico únicamente es igual de poco efectivo que el placebo. Dado que las recaídas en la esquizofrenia

se han convertido en el punto de mira de la mayoría de investigadores y el número de publicaciones es tan elevado, a continuación se revisará el estado actual del tema en cuestión de tasas de recaídas en las diferentes modalidades de intervención psicológica (ver tabla 6)⁷.

Tabla 6.

Revisión de los resultados en tasas de recaídas en estudios comparativos y controlados sobre la psicoterapia combinada en la esquizofrenia.

Estudios	N	Grupos de comparación	Resultados
(May, 1968)	-	1. Psicoterapia individual + medicación 2. Medicación	No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en tasas de recaídas ni reingresos entre los dos grupos.
(O'Brien <i>et al.</i> , 1972)	-	1. Terapia de grupo + medicación 2. Terapia individual + medicación	Se observan diferencias estadísticamente significativas en recaídas y mejoría clínica entre los grupos a favor de la terapia grupal (en el seguimiento a 2 años).
(Claghorn, Johnstone, Cook y Itschner, 1974)	-	1. Psicoterapia de grupo + medicación 2. Grupo control (medicación únicamente)	No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en tasas de recaídas ni re-hospitalizaciones entre los dos grupos. Además, éstas son similares.
(Goldstein, Rodnick, Evans, May y Steinberg, 1978)	-	1. Medicación + Terapia Familiar 2. Medicación únicamente.	Ningún paciente de los que participan en la terapia familiar recae, frente a 18 del grupo control.
(Malm, May y Dencker, 1981)	80	1. Terapia grupal (orientada a la comunicación) + medicación + EHS 2. Grupo control (EHS + medicación)	No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en tasas de recaídas ni reingresos entre los dos grupos.
(Falloon <i>et al.</i> , 1982)	36	1. Psicoterapia individual (PI). 2. Terapia Familiar Conductual (TF).	Tras 9 meses de terapia se observan significativas a favor de la Terapia Familiar en: -agudización sintomática: ▪ TF (6%) - PI (44%) - remisión sintomática: ▪ TF(56%) – PI(22%)

⁷ Para la revisión que se presenta sobre la efectividad de las psicoterapias combinadas sobre las recaídas en la esquizofrenia se ha realizado una búsqueda en dos bases de datos: Medline, Mimas, Science Direct y Psichoinfo desde 1965 hasta la actualidad. Como combinación de palabras clave se han escogido las siguientes: *schizophrenia, psychotherapy, family, group therapy, social skills, relapses y cognitive therapy.*

			- reingresos: ■ TF(11%) – PI(50%).
(Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries y Sturgeon, 1982)	24	1. Medicación + Terapia Familiar + Grupo de familias. 2. Medicación únicamente	Las tasas de recaídas en el grupo control fueron del 50% comparado con el 9% del grupo que recibió tratamiento familiar. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (p=0,04)
(Gunderson, Frank y Katz, 1984)	95	1. Psicoterapia individual intensiva + medicación 2. Psicoterapia de apoyo + medicación	No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en tasas de recaídas entre los dos grupos.
(Kottgen, Sonnichsen y Jurth, 1984)	49	1. Tratamiento grupal (familiares y pacientes) + medicación 2. Tratamiento farmacológico (control)	No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en tasas de recaídas entre los dos grupos aunque la tasa de recaídas es inferior en el primer grupo (32%) que el control (54%).
(Staton <i>et al.</i> , 1984)	95	1. Psicoterapia individual intensiva + medicación 2. Psicoterapia de apoyo + medicación	No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en tasas de recaídas entre los dos grupos.
(Bellack, Turner, Hersen y Luber, 1984)	-	1. EHS + medicación 2. Grupo control (medicación)	No se observan diferencias significativas en tasas de recaídas y estas son similares en ambas condiciones de tratamiento.
(Wallace y Liberman, 1985)	28	1. Entrenamiento en habilidades sociales (EHS) + terapia familiar + medicación 2. Tratamiento farmacológico control	En el seguimiento a 2 años, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, aunque se evidencia una tasa de recaídas mayor en el grupo control (79%) frente al que recibe terapia combinada (50%).
(Hogarty <i>et al.</i> , 1986)	103	1. Tratamiento familiar + medicación + EHS 2. EHS + medicación 3. Terapia familiar + EHS + medicación.	En la evaluación en el primer año: -En familias con una baja EE se observa un tamaño del efecto significativo en la prevención de recaídas (19%) en el tratamiento familiar, así como en el EHS (19%) y una tasa de recaídas de 0% en el tercer grupo. - En familias con una alta EE el tamaño del efecto no es significativo, aunque las tasas de recaídas en el

			EHS son de un 28%, frente a un 33% familiar y un 42% del grupo control.
(Lieberman, Mueser y Wallace, 1986)	3	En un primer estudio se analiza una muestra de 3 pacientes: 1. EHS + Terapia familiar.	-Tras 9 meses de seguimiento recae un paciente de los 3.
	28	En la segunda fase del estudio se analizan 28 pacientes comparando: 1. EHS + Terapia familiar 2. Tratamiento holístico	-Tras 2 años de seguimiento no se observan diferencias estadísticamente significativas en recaídas entre los grupos aunque del primer grupo recaen 7 pacientes frente a 11 de los que reciben tratamiento holístico.
(Leff <i>et al.</i> , 1989)	11	1. Medicación + sesiones familiares 2. Medicación + grupos de familias	No se observan diferencias significativas a los 9 meses de intervención aunque la tasa de recaídas en el grupo de terapia familiar fue menor (8%) que en los grupos (17%).
(Schooler y Keith, 1990)	-	1. Psicoterapia individual + medicación 2. Medicación	Tras 20 meses no se observan diferencias significativas en recaídas aunque se observa una disminución de los reingresos del grupo que realizó psicoterapia (43) en comparación con el grupo control (114).
(Hogarty <i>et al.</i> , 1991)	103	1. Tratamiento familiar + medicación + EHS 2. EHS + medicación 3. Terapia familiar + EHS + medicación.	Tras 2 años de seguimiento, no se observan diferencias estadísticamente significativas en recaídas entre el primer (32%) y el segundo grupo (57%). Estas diferencias sí se dan cuando comparamos el grupo que recibe el tratamiento combinado de EHS, familiar y medicación (35%) respecto al control (66%).
(Vaughan <i>et al.</i> , 1992)	-	1. <i>Counselling</i> para familiares 2. Medicación únicamente	El grupo de familiares recibe 10 sesiones de <i>counselling</i> (semanales). No se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos aunque la tasa de recaídas es menor en el grupo tratamiento (41) que en el control (65).

(Otero y Rebolledo, 1992)	30	1. Programa de rehabilitación + medicación 2. Grupo control con seguimiento farmacológico ambulatorio.	Se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Únicamente recae un paciente que participa en el programa de rehabilitación vs 7 en el grupo control.
(Dobson, Mc Dougall, Busheikin y Aldous, 1995)	28	1. EHS. 2. "Social milieu"	No se observan diferencias significativas en tasas de recaídas y estas son similares en ambas condiciones de tratamiento en el seguimiento a un año.
(Hayes, Halford y Varghese, 1995)	63	1. EHS 2. Grupo de discusión.	No se observan diferencias significativas en tasas de recaídas y estas son similares en ambas condiciones de tratamiento en el seguimiento a seis meses.
(Drury, Birchwood y Cochrane, 1996)	34	1. Terapia Cognitiva que contiene: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia Cognitiva Individual ▪ Terapia Cognitiva en grupo ▪ Psicoeducación familiar ▪ Programa de actividades en grupo para reforzar habilidades y terapias creativas. 2. Terapia de apoyo y actividades de ocio.	No se observan diferencias estadísticamente significativas en recaídas, ni reingresos durante los 9 meses de tratamiento y el seguimiento al año, dos y tres años.
(Dobson, 1996)	60	1. Grupo de apoyo + medicación 2. Medicación	No se observan diferencias estadísticamente significativas en recaídas, ni reingresos entre los grupos aunque tras los dos años de tratamiento la duración de los ingresos en el primer grupo es menor.
(Hornung, Kieserg, Feldmann y Buchkremer 1996)	191	1. Entrenamiento en psicoeducación 2. EP + psicoterapia cognitiva 3. EP + <i>counseling</i> para familiares 4. EP+ psicoterapia cognitiva + <i>counseling</i> para familiares 5. Grupo control	No se observan diferencias significativas entre los grupos en el post-tratamiento en tasas de recaídas o reingresos.
(Marder <i>et al.</i> , 1996)	80	1. EHS 2. Terapia de apoyo	No se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos pero sí clínicas: - EHS: 1 año (54%); 2 año (71%) - Terapia de apoyo: 1 año (58%); 2 años (58%)

(Buchkreme <i>et al.</i> , 1997)	191	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestión de medicación + grupo de tiempo de ocio. 2. Gestión de medicación + grupo de counseling. 3. Gestión de medicación + psicoterapia cognitiva 4. Gestión de medicación + psicoterapia cognitiva + counseling 5. Control (medicación) 	<p>Se observan diferencias estadísticas en las tasas de reingresos (al cabo de 2 años) entre los 4 grupos de tratamiento (38%) y el control (50%).</p> <p>Y en tasas de recaídas destaca el cuarto grupo en el que se observa significación en tasas de recaídas(24%) respecto al control (50%)</p>
(Hogarty <i>et al.</i> , 1997)	151	<ol style="list-style-type: none"> 1. En el grupo 1 se aleatorizan 97 pacientes a las siguientes condiciones : <ul style="list-style-type: none"> -Terapia personal -Terapia familiar -Terapia personal + TF -Terapia de apoyo 2. En el Grupo 2 se aleatorizan 57 pacientes a una de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> -Terapia personal -Terapia de apoyo 	<p>La evaluación a los 3 años no muestra diferencias estadísticamente significativas en las tasas de recaídas entre ambos grupos</p>
(Kuipers <i>et al.</i> , 1997)	60	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapia cognitiva individual + tratamiento convencional. 2. Tratamiento convencional 	<p>Se observa un 3% de agudización sintomática en el grupo que participa de la terapia cognitiva, frente a un 9% que sufre empeoramiento del grupo control.</p>
(Nugter, Dingemans, Van der Does, Linzsen y Gersons, 1997)	52	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapia cognitiva individual 2. Terapia cognitiva individual + familiar* <p>* La terapia familiar incluye entrenamiento en comunicación, resolución de problemas y psicoeducación.</p>	<p>No encuentran diferencias significativas en las tasas de recaídas en los grupos. Los autores apuntan a que la tasa de recaídas se relaciona con las familias con emoción expresada alta.</p>
(Tarrier <i>et al.</i> , 1998)	87	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapia cognitiva individual + tratamiento convencional. 2. <i>Counselling</i> + tratamiento convencional 2. Tratamiento convencional 	<p>Se observan diferencias estadísticamente significativas (0,006) a los 3 meses de tratamiento entre el grupo que recibe únicamente tratamiento convencional y los que reciben terapias combinadas.</p>

			Los pacientes ubicados en el grupo de terapia cognitiva y los que reciben <i>counselling</i> no tuvieron ninguna recaída durante el tiempo que duró la intervención mientras que el tercer grupo obtuvo una tasa de un 14%.
(Hornung <i>et al.</i> , 1999a)	191	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrenamiento en psicoeducación 2. EP + psicoterapia cognitiva 3. EP + <i>counseling</i> para familiares 4. EP+ psicoterapia cognitiva + <i>counseling</i> para familiares 5. Grupo control 	Al cabo de 5 años de seguimiento: No se observa significación en las tasas en las 4 condiciones de tratamiento (57%) <i>vs</i> el grupo control (69%). La diferencia sí es significativa entre el cuarto grupo (42%) y el control al segundo y cuarto año.
(Sellwood <i>et al.</i> , 2001)	79	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervención familiar cognitivo-conductual basada en necesidades puntuales + grupo de apoyo familiar general + medicación. 2. Apoyo familiar general + medicación. 	Se observan diferencias estadísticamente significativas en recaídas del primer grupo (37%) respecto al segundo (72%).
(Montero <i>et al.</i> , 2001)	87	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grupo de familias + tratamiento estandarizado. 2. Terapia cognitiva familiar individual + tratamiento estandarizado. 	A los 12 meses de intervención no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (Un 22% en el primer grupo frente al 33% del segundo; $p=0,26$).
(Gaebel <i>et al.</i> , 2002)	364	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grupo control (n=122)* 2. Grupo de intervención en crisis CI (n=115) 3. Grupo de intervención en pródromos PI (n=127) <p>*Se comparan pacientes con episodio único con pacientes que han sufrido múltiples episodios en las tres condiciones aleatorias</p>	No se encuentran diferencias significativas en tasas de recaídas entre los grupos de tratamiento ($p<0,92$). En el grupo control se encuentran diferencias significativas entre pacientes de episodio único y múltiple a nivel de recaídas. El grupo control tuvo una tasa de ingresos de un 36% en dos años, a diferencia del grupo de intervención en pródromos (24%).
(Gumley <i>et al.</i> , 2003)	144	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapia cognitiva individual (TBC) + medicación. 2. Medicación + seguimiento convencional. 	Se observan diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$) en reingresos entre el grupo TBC(15,6%) y el grupo que recibe tratamiento convencional (26,4%). En el período de 12 meses recaen un total de 18,1% del grupo TBC frente al 34,7% del grupo control y esta diferencia tiene significación estadística ($p<0,05$).

(O'Donell <i>et al.</i> , 2003)	56	1. Intervención para aumentar el cumplimiento terapéutico 2. <i>Counselling</i> no especificado	No se encontraron diferencias significativas en reingresos ($p=0,61$), ni días de hospitalización ($n=0,69$)
(Haddock <i>et al.</i> , 2003)	36	1. Grupo CBT 2. Grupo control	Tras 18 meses de intervención recaen 7 paciente del grupo CBT frente a 12 del control. Al finalizar el seguimiento recayeron 11 pacientes del grupo CBT frente a 24 del control aunque estas diferencias no fueron significativas en ingresos ni en días de hospitalización ($p=0,063$).
(Cather, 2005)	30	1. Grupo de FCBT (Functional Cognitive-behavioural therapy) 2. Programa psicoeducativo	Los autores apuntan una disminución de la tasa de recaídas sensible a los 4 meses de intervención en el post-tratamiento.
(Granholm <i>et al.</i> , 2005)	76	1. Grupo CBSST (Cognitive Behavioural Social Skills Training). 2. Grupo control	Se encuentran diferencias en ingresos pero no en el incremento de dosis de medicación entre el grupo experimental y el control ($p=0,15$).

En la actualidad existe mucha literatura referente a la efectividad de los tratamientos integrados en la esquizofrenia frente a los estandarizados. Como se puede observar en la revisión presentada anteriormente cualquiera de los tratamientos combinados muestran tasas de recaídas inferiores a los grupos control. Otra cuestión es la opinión de los autores respecto a la influencia de dichos tratamientos en la reducción de recaídas y el valor que se le otorga a la significación estadística y clínica. De hecho, extraer conclusiones consistentes sobre el impacto de las intervenciones sobre las recaídas es en sí arriesgado ya que existen sesgos metodológicos derivados de la comparación de estudios que utilizan medidas de resultado diferentes para medir las recaídas e intervenciones diferentes.

Para ello revisaremos de manera ordenada los resultados observados en las diferentes modalidades de intervención:

4.2.1. Psicoterapia individual

Los primeros estudios de psicoterapia individual desarrollados en la segunda mitad de los años 60 hasta la década de los 90, se basan generalmente en el análisis de psicoterapias psicodinámicas y de apoyo en contraste con los tratamientos "en la comunidad" (*milieu*) o intervenciones altamente estructuradas como por ejemplo la Terapia Personal propuesta por Hogarty. Durante este período la mayoría de estudios fracasan en su intento de demostrar la

superioridad del tratamiento individual sobre las recaídas y reingresos de los pacientes esquizofrénicos (May, 1968; Staton *et al.*, 1984; Schooler *et al.*, 1990). En todas se observan mejorías clínicas y ventajas para los pacientes que reciben el tratamiento frente a los controles en diferentes aspectos. Por ejemplo en el estudio de May (1968) se observa una mejoría notable en la expresión de sentimientos y en el nivel de *insight*.

El trabajo de Schooler (1990) evidencia la reducción en días de hospitalización en aquellos pacientes que participaron de la psicoterapia individual frente a los controles.

Estos resultados contrastan con los descritos por el grupo británico de Falloon (1982), en los que destacan un grado de significación en relación a los reingresos a favor de la terapia familiar frente a la individual. Entre estos resultados se observa hasta un 39% menos en la tasa de recaídas en los pacientes que participan de la terapia familiar.

Por otro lado, uno de los trabajos puntales en el estudio de efectividad de los tratamientos combinados en la esquizofrenia es el que lleva a cabo el del grupo investigación de Hogarty (1997). Se trata de un estudio controlado en el que se comparan diferentes grupos experimentales a los que se asignan un total de 151 pacientes con el objetivo de detectar posibles diferencias significativas a nivel de recaídas entre las diferentes modalidades terapéuticas. Este objetivo, como se puede observar en los resultados de la revisión anteriormente presentada, no se consigue. Pero las mejorías clínicas que se obtienen de los diferentes grupos son merecedoras de un espacio en el presente capítulo. El diseño del estudio contempla la comparación de resultados en tres modalidades terapéuticas con sus respectivas combinaciones:

- *Terapia personal*: consistente en la identificación y aplicación de estrategias de afrontamiento.
- *Terapia de apoyo*: cuyos principios activos son la atención activa, la empatía, el refuerzo de las iniciativas de mejora del paciente y la confianza en el terapeuta en momentos de crisis.
- *Terapia familiar*: en la que se trabajan las habilidades de "supervivencia" y reintegración en la familia tras la hospitalización y la integración en la comunidad.

Los resultados señalan la alta tasa de pacientes (87%) que participan de la terapia individual que no tienen ninguna recaída durante los 3 años siguientes al tratamiento. Del mismo modo, la terapia de apoyo ofrece una tasa de mantenimiento similar que la individual (72% en el segundo año). Además se apunta una mejoría significativa de la sintomatología negativa en pacientes que viven en el entorno familiar.

Por otro lado, no se observa ningún efecto de la psicoterapia en la prevención de recaídas. Según los autores la situación de independencia puede representar una sobrecarga cognitiva en los pacientes que padecen esquizofrenia y debe ser una variable a contemplar para iniciar un tratamiento psicológico.

En síntesis, los resultados evidencian la efectividad clínica (no estadísticamente significativa) de la terapia personal, la terapia familiar y la de apoyo sobre la prevención de recaídas, sobretudo en pacientes que viven en el ámbito familiar.

En el mismo año, otros autores (Buchkremer *et al.*, 1997) encuentran la tan esperada significación estadística en un estudio donde la psicoterapia individual cognitiva y el *counselling* muestran tasas de recaídas de hasta un 26% menores que la situación control. Este hallazgo estadístico parece estar más relacionado con el hecho de que la comparación en este caso es con un grupo control y no con otra modalidad de psicoterapia. Del mismo modo se obtienen resultados altamente significativos en el estudio de TARRIER en 1998 en el que se observó una tasa de recaídas del 0% e el grupo que recibió el tratamiento respecto al control y en algunos de los estudios controlados más recientes sobre psicoterapia individual (Gumley *et al.*, 2003; Haddock *et al.*, 2003; Cather, 2005) donde también se aprecia dicha significación.

Con los datos que tenemos hasta la actualidad, de los 13 estudios que analizan la efectividad de la psicoterapia individual sobre la prevención de recaídas, sólo el 39% de ellos obtienen diferencias estadísticamente significativas. Esto podría explicarse por el hecho de que en estos estudios la efectividad es comparada con grupos controles en los que los pacientes reciben el tratamiento estandarizado de medicación además del seguimiento habitual. En el resto de trabajos queda evidenciada la premisa de que el tratamiento individual no es superior a otras

formas de intervención como la familiar o la grupal, pero sí queda demostrado que en combinación con el tratamiento farmacológico es más efectiva que éste último aplicado exclusivamente.

4.2.2. Entrenamiento en habilidades sociales (EHS)

Uno de los ingredientes activos que se ha contemplado más en los programas de intervención psicosocial es el entrenamiento en habilidades sociales (EHS). Son también numerosos los estudios que escogen este componente como objeto de observación en los estudios de efectividad aunque tampoco ninguno de éstos trabajos ha demostrado la superioridad de esta terapia sobre otros tipos de intervención en cuanto a reducción de recaídas (Malm *et al.*, 1981; Bellack *et al.*, 1984; Wallace *et al.*, 1985; Dobson *et al.*, 1995; Hayes *et al.*, 1995; Marder *et al.*, 1996).

Sin embargo, dos de los estudios de Hogarty (1986, 1991) contemplan grados de significación cuando se compara el tratamiento de EHS sólo o combinado con un grupo control. Es posible que estos resultados no se deban específicamente al componente del EHS ya que en ambos estudios aparece en combinación con la terapia familiar. De hecho en otros estudios análogos no se observan diferencias significativas en comparación con los controles (Bellack *et al.*, 1984; Wallace *et al.*, 1985; Malm *et al.*, 1981). Por otro lado el EHS se ha demostrado eficaz para la reducción de síntomas en los estudios de Bellack (1984) y Liberman (1986) y en la mejora de los niveles de adaptación social (Liberman *et al.*, 1986; Hogarty *et al.*, 1986; Hogarty *et al.*, 1991; Granholm *et al.*, 2005). Sólo uno de los trabajos (Liberman, 1985) afirma que el EHS tiene efectos sobre la prevención de recaídas (un 50% respecto al 70% del grupo control).

En la actualidad la mayoría de autores que han trabajado en esta línea afirman que los efectos positivos del EHS se han de contemplar en la medida que ayudan a retrasar las recaídas y no como factor preventivo o protector ya que en el segundo año de seguimiento las tasas aumentan en todas las modalidades terapéuticas.

4.2.3. *El tratamiento familiar*

De los 15 estudios revisados que incluyen la intervención familiar en el tratamiento de la esquizofrenia, 4 comparan dicha modalidad con un grupo control que recibe únicamente tratamiento farmacológico (Goldstein, Rodnick, Evans, May y Steinberg, 1978; Kottgen *et al.*, 1984; Vaughan *et al.*, 1992; Leff *et al.*, 1982). Todos estos trabajos muestran una tasa de recaídas inferior a los controles aunque sólo el trabajo del británico Julian Leff (1982) consigue un 9% de recaídas respecto al 50% del grupo control.

Otros estudios que combinan la intervención familiar con otros ingredientes como la psicoeducación o el EHS (Wallace *et al.*, 1985; Hogarty *et al.*, 1986; Liberman *et al.*, 1986; Hogarty *et al.*, 1991; Hornung *et al.*, 1996; Hogarty *et al.*, 1997; Hornung *et al.*, 1999a; Sellwood *et al.*, 2001; Montero *et al.*, 2001) difieren en sus resultados en cuanto a grado de significación. Aproximadamente un 56% de los trabajos encuentran una relación entre la intervención familiar y la prevención de recaídas. El resto, a pesar de no haber obtenido estas cifras, evidencian los efectos positivos del trabajo con las familias como resultados clínicamente destacables.

4.2.4. *El tratamiento grupal.*

Las intervenciones grupales se han demostrado útiles para incrementar las competencias sociales en pacientes que padecen esquizofrenia, mejorar algunos aspectos sintomáticos como el aislamiento y disminuir la hospitalización. La evidencia científica indica que el tratamiento grupal combinado con el farmacológico, es al menos igual de efectivo que otros tipos de intervención (Kahn y Kahn, 1992; Kanas, 1986; Keith y Matthews, 1984). Además, desde un punto de vista de coste-efectividad, ha resultado muy útil a nivel ambulatorio, así como desde el punto de vista clínico el grupo enmarca un contexto muy adecuado para la psicoeducación, el apoyo de los compañeros y el desarrollo de competencias de relación con los demás (Wilson, 1992).

De todas las modalidades de intervención terapéutica, la terapia de grupo apenas han sido desarrolladas en pacientes con esquizofrenia, y es por este motivo por el que observamos una escasez de estudios de investigación bien controlados. Muchas veces, los grupos de apoyo, recreativos o psicoeducativos aparecen en los trabajos descritos como elementos terapéuticos

complementarios desarrollado en el marco de hospitalización de día o programas ambulatorios parciales con fines rehabilitadores (Albiston, Francey y Harrigan, 1998).

Del mismo modo que en la revisión de la efectividad de la intervención sobre las recaídas en otras modalidades terapéuticas, cuando focalizamos la atención en la terapia grupal encontramos controversias entre los resultados de los distintos trabajos. Muchos de los que han comparado la intervención grupal con un grupo control (Claghorn *et al.*, 1974; Dobson, 1996; Kottgen *et al.*, 1984), o bien con otros tipos de intervención (Drury *et al.*, 1996; Malm *et al.*, 1981), no han hallado diferencias significativas en recaídas ni reingresos. En el caso del estudio de O'Brien *et al.* (1972) sí que se apuntan diferencias recaídas a favor de la terapia grupal frente a la intervención individual. En este estudio se compararon ambos tipos de intervención, juntamente con el tratamiento farmacológico y se observaron efectos además en el nivel de adherencia al tratamiento, el grado de manifestación sintomática y los niveles de adaptación social.

Uno de los autores que mejor ha desarrollado el tema de la terapia grupal en la esquizofrenia has sido Kanas, que ya desde 1986 publica trabajos de revisión que han sido muy útiles desde la perspectiva de la efectividad de la intervención grupal. En una de sus revisiones (Kanas, 1996), concluye que en el 77% de los trabajos, la terapia grupal aplicada a pacientes esquizofrénicos (a nivel ambulatorio) es más efectiva que en la situación control a nivel de recaídas. Esta diferencia no es tan acusada, al menos con significación estadística cuando la comparamos con otros tipos de tratamiento.

Desde hace algunos años, en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, se vienen desarrollando programas de terapias combinadas para la esquizofrenia en los que predomina la terapia grupal cuyo objetivo es desarrollar programas terapéuticos adaptados a las necesidades del paciente. El abordaje terapéutico es integrador, aunque la base es la teoría psicodinámica.

En el X curso anual de esquizofrenia (2004) cuyo objetivo era profundizar en las psicoterapias e intervenciones precoces en la esquizofrenia⁸, Manuel González de Chávez expuso los resultados de un estudio llevado a cabo en el hospital madrileño en los últimos 6 años en pacientes con primer episodio de esquizofrenia. En el estudio se comparaba, de manera no controlada ni aleatorizada, un grupo de enfermos que acudió a terapia grupal (n=12) con otro grupo análogo que siguió un tratamiento convencional (n=21). Los resultados no demostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos a nivel de recaídas, pero sí se observan mejorías en la sintomatología positiva (a los 2 meses del inicio de la intervención), en la negativa (en la evaluación a los 6 años) y en las medidas de funcionamiento global. Se apuntaron resultados significativos también en la mejoría del nivel de *insight*, de motivación por el tratamiento, y mejor ajuste en las relaciones sociales. Al finalizar el estudio los pacientes que recibieron psicoterapia grupal precisaban dosis más bajas de neurolépticos que el grupo control cosa que probablemente facilite la reincorporación de los pacientes a la comunidad y les permita un mejor nivel de ajuste en sus actividades de la vida diaria.

4.3. Ensayos clínicos para la evaluación de la efectividad de la terapia cognitiva en la esquizofrenia.

Dada la inmensa cantidad de literatura publicada sobre la intervención psicoterapéutica en la esquizofrenia desde los años 60 hasta la actualidad, y las limitaciones que supone explorar las medidas de resultado en trabajos muy dispares a nivel metodológico, en el siguiente apartado se pretenden revisar los ensayos clínicos publicados más recientemente sobre la efectividad de los nuevos programas de intervención cognitivo-conductual que se han aplicado a pacientes que sufren esquizofrenia.

Con este objetivo se han seleccionado los trabajos publicados que respondían a la categoría de ensayos clínicos y en los que se ponían de manifiesto resultados referentes a la aplicación de programas de intervención en esta modalidad terapéutica. Para ello se han escogido aquellos trabajos considerados "de buena calidad" donde se describan los aspectos metodológicos de

⁸ X Curso anual de esquizofrenia: "Psicoterapias e intervenciones precoces en la esquizofrenia". Celebrado en Madrid el 26 y 27 de noviembre de 2004.

selección y asignación aleatoria de la muestra, así como los métodos de enmascaramiento o pérdidas⁹ (Jadad, 1998).

Los resultados de la búsqueda por Medline, Mimas, Science Direct y Psychoinfo¹⁰ se escogen 35 ensayos que cumplen los criterios preestablecidos con el objetivo de examinar sus resultados.

Tabla 7.

Revisión de resultados de los ensayos clínicos para evaluar la efectividad de la terapia cognitiva sobre las recaídas en pacientes con esquizofrenia.

Estudios	N	Grupos de comparación ¹¹	Principales resultados
(Drury <i>et al.</i> , 1996)	25	1. Terapia cognitiva (n=12) 2. Grupo control (n=13)	- La reducción de síntomas positivos fue significativamente mayor en el GT. (p=0,0001). Estas diferencias entre grupos ya se observaban a las 7 semanas (p=0,00). - La reducción en la convicción de los delirios fue significativamente mayor en el GT (p=0,0001). No fue así en la reducción de la preocupación delirante. - Los síntomas negativos y los de desorganización también disminuyeron significativamente (p=0,001) pero no hubo diferencias entre los grupos. - A 15% de los pacientes del grupo control fue necesario administrar tranquilizantes y un 5% necesitaron medicación antidepresiva
(Buchkremer <i>al.</i> , 1997)	191	1. Gestión de medicación + grupo de tiempo de ocio (n=32) 2. Gestión de medicación + grupo de ocio + counseling (n=35). 3. Gestión de medicación	Se observan diferencias estadísticas en las tasas de reingresos (al cabo de 2 años de seguimiento) entre los 4 grupos de tratamiento (38%) y el control (50%). Y en tasas de recaídas destaca el cuarto grupo en el que se observa significación en tasas de recaídas(24%) respecto al

⁹ Para la selección de trabajos se utilizó el criterio de calidad de Jadad incluyendo aquellos estudios que obtuvieran una puntuación en su escala superior a 3 puntos.

¹⁰ Se realiza una búsqueda por Medline, Scienccdirect, Psychoinfo y Mimas de todos los trabajos de los últimos 16 años (1990-2006) que aparecen tras la combinación de las siguientes palabras clave: *schizophrenia, cognitive therapy y randomized controlled trial.*

¹¹ En todas las situaciones experimentales y grupos de control de los estudios los pacientes recibieron el tratamiento convencional (farmacológico).

		+ psicoterapia cognitiva (n=34). 4. Gestión de medicación + psicoterapia cognitiva + counseling (n=33) 5. Control (medicación) (n=57).	control (50%). En todas las situaciones experimentales se observa un mejor funcionamiento global que en el grupo control (p=0,04) al finalizar los 2 años.
(Kuipers <i>et al.</i> , 1997)	60	1. Terapia cognitiva individual (n=28) 2. Grupo control (n=32)	El grupo que recibió terapia cognitiva estaba significativamente mejor que el control (p=0,009) en ideación referencial de perjuicio, pensamientos de contenido extraño y alucinaciones en un 25%. Sin embargo, no se observa mejoría significativa en los niveles de depresión de ambos grupos.
(TARRIER <i>et al.</i> , 1998)	87	1. Terapia cognitiva individual + tratamiento convencional (n=33). 2. <i>Counselling</i> + tratamiento convencional (n=26) 3. Tratamiento convencional (n=28)	Se observan diferencias estadísticamente significativas (0,006) a los 3 meses de tratamiento entre el grupo que recibe únicamente tratamiento convencional y los que reciben terapias combinadas. Los pacientes ubicados en el grupo de terapia cognitiva y los que reciben <i>counselling</i> no tuvieron ninguna recaída durante el tiempo que duró la intervención mientras que el tercer grupo obtuvo una tasa de un 14%. Las diferencias entre la evaluación basal y el final del tratamiento fueron significativas en el grupo de terapia cognitiva (p=0,002) a nivel sintomático. La terapia grupal fue mejor que el <i>counselling</i> y que el grupo de controles rutinarios. El 50% de pacientes mejoraron en la severidad y el número de síntomas psicóticos. -El 33,3% pertenecían al grupo de TC -El 15,3% pertenecían al grupo de <i>Counselling</i> -El 10,7% al grupo de controles rutinarios.
(Freeman <i>et al.</i> , 1998)	60	1. Terapia cognitiva individual 2. Grupo control	Se observan mejorías significativas en la autoestima de los pacientes que reciben terapia cognitiva. Estos datos correlacionan con los cambios en el estado de ánimo y el funcionamiento

			social. No se hallan diferencias no son estadísticamente significativas respecto a la ideación delirante de persecución.
(Haddock <i>et al.</i> , 1999a)	21	Pacientes en fase inicial de esquizofrenia: 1.Terapia cognitiva individual (CBT) 2. <i>Counsellig</i> + psicoeducación (SC)	En ambos grupos se observa significación ($p < 0,05$) respecto a la reducción de la gravedad sintomática, aunque estas diferencias no se observan entre los grupos al cabo de 2 años de tratamiento. Tampoco se halla significación en las recaídas entre ambos grupos aunque se observan tasas más bajas en número y días de hospitalización en el primer grupo.
(Hornung <i>et al.</i> , 1999a; Hornung <i>et al.</i> , 1999b)	191	1. Psicoeducación sobre la gestión de la medicación (n=32). 2. Psicoeducación + terapia cognitiva (técnicas de resolución de problemas) (n=34). 3. Psicoeducación + <i>counselling</i> para familiares (n=35). 4. Psicoeducación + <i>counselling</i> para familiares + terapia cognitiva (n=33) 5. Grupo control (n=57).	En el 2º año de seguimiento: - Significación estadística en reducción de los reingresos del cuarto grupo (24%) respecto al control (50%). En el 5º año de seguimiento: - No se encuentran diferencias estadísticas respecto a la gravedad sintomática de los grupos experimentales respecto al control especialmente en los síntomas negativos. - Tampoco se observan diferencias en reingresos entre las condiciones experimentales (57%) y el control (69%).
(Halperin, Nathan, Drummond y Castle, 2000)	20	1.Terapia cognitiva individual (CBT) 2.Grupo control	Se observa significación estadística entre ambos grupos en todas las medidas de resultado utilizadas en el estudio: ansiedad social, estado de ánimo y calidad de vida. Los autores apuntan la eficacia de la CBT para el tratamiento en la esquizofrenia.
(Tarrier <i>et al.</i> , 2000)	61	1.Terapia cognitiva individual (CBT) + tratamiento habitual. 2. <i>Counselling</i> + tratamiento habitual. 2.Grupo control	En el transcurso de dos años se observan diferencias significativas entre las 2 condiciones de tratamientos y el grupo control tanto a nivel sintomático como en recaídas. Sin embargo, estas diferencias no se han hallado en la comparación entre los grupos de tratamiento.

(Sensky <i>et al.</i> , 2000)	57	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapia cognitiva individual (CBT) 2. Grupo control (<i>Se proporcionó a los pacientes el mismo contacto que al grupo de terapia cognitiva pero no se desarrollaron las técnicas. En las sesiones se habló de deportes, hobbies y actividades de la vida cotidiana</i>) 	<p>Al final del tratamiento no hubo diferencias significativas entre los grupos (en las escalas CPRS, MADRS y SANS.) Sin embargo, a los 9 meses de seguimiento, el grupo de terapia cognitiva estaba mejor en todas las medidas utilizadas.</p> <p>Los autores concluyen que la terapia cognitiva es efectiva para el tratamiento de los síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia resistente y esta eficacia se mantiene a los 9 meses de seguimiento.</p>
(Velligan <i>et al.</i> , 2000)	45	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratamiento habitual (control). 2. Tratamiento habitual + terapia cognitiva. 3. Tratamiento habitual + una condición diseñada para controlar el tiempo de terapia y proporcionar cambios en déficits cognitivos. 	<p>A los 9 meses de tratamiento: Se observan diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de tratamiento a nivel de gravedad sintomática, motivación y funcionamiento global.</p> <p>Los pacientes del grupo que realiza terapia cognitiva son los que manifiestan más mejoría en comparación con los otros dos grupos.</p> <p>En tasas de recaídas el grupo de terapia cognitiva es también el que las presenta más bajas (13%) respecto al tercer grupo (69%) y el grupo control (33%).</p>
(Barrowclough <i>et al.</i> , 2001)	32	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapia integrada (incluye la intervención cognitiva) (n=17) 2. Grupo control (n=15) 	<p>Los pacientes asignados al grupo experimental presentaron mejorías (significativas) respecto al grupo control a los 12 meses de tratamiento. Sobretudo en reducción de sintomatología positiva y agudización sintomática.</p> <p>No se observan diferencias estadísticamente significativas en recaídas.</p>
(Sellwood <i>et al.</i> , 2001)	79	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervención familiar cognitivo-conductual (parejas de paciente-cuidador) (n=39) 2. Grupo Control (n=40) 	<p>En el transcurso de 6 meses: Se demostró una mejoría significativa en la sintomatología positiva y negativa a favor del primer grupo en las puntuaciones de la PANSS (P=0,017) y en el funcionamiento global (GAS) (p=0,02).</p> <p>Sin embargo, no se hallaron diferencias en el funcionamiento social de los pacientes (SFS) ni en el grado de</p>

			cumplimiento farmacológico.
(Montero <i>et al.</i> , 2001)	87	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grupo de familias (tratamiento basado en la intervención descrita por Leff y cols. (1982). 2. Tratamiento de orientación cognitivo-conductual para familias (individualmente) 	<p>No se observan diferencias en las tasas de recaídas.</p> <p>El grupo que recibió tratamiento cognitivo individual presentaron mejoría significativa en la ideación delirante y los trastornos del curso de pensamiento tras el tratamiento.</p> <p>El ajuste social mejora en los pacientes asignados a ambos tipos de tratamiento ($p=0,010$).</p>
(McGorry <i>et al.</i> , 2002)	59	<p>Se realiza intervención temprana en pacientes con alto riesgo de padecer esquizofrenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intervención basada en las necesidades. 2. Programa específico de prevención basado en intervenciones cognitivo-conductuales (CBT). 	<p>Resultados a los 6 meses de intervención:</p> <p>Aproximadamente un 37% de pacientes que reciben un tratamiento basado en las necesidades progresan hacia un primer episodio psicótico en contraste con un 10% del grupo que recibe CBT. Esta diferencia de frecuencias tiene significación estadística ($p=0,03$).</p>
(Turkington, Kingdon y Turner, 2002)	422	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervención cognitivo-conductual (familias y pacientes). ($n=257$) 2. Grupo Control ($n=195$) 	<p>Los pacientes que reciben terapia cognitiva presentan mejoría significativa en sintomatología ($0,015$), capacidad de <i>insight</i> ($p<0,001$) y niveles de depresión ($p=0,003$) en comparación con el grupo control.</p>
(Lewis <i>et al.</i> , 2002)	315	<p>Pacientes en la fase inicial de la esquizofrenia (1er o 2º ingreso):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapia cognitivo-conductual (CBT; duración de 5 semanas) + tratamiento habitual. 2. <i>Counselling</i> + tratamiento habitual. 3. Tratamiento habitual (control) 	<p>A los 70 días del inicio del tratamiento se observa mejorías significativas en el grupo que recibe CBT respecto a los otros dos.</p> <p>Los autores concluyen que la terapia cognitiva ofrece ventajas sobre el <i>counselling</i> y el tratamiento estandarizado en la remisión de síntomas psicóticos.</p>
(Velligan <i>et al.</i> , 2002)	45	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratamiento habitual (control). 2. Tratamiento habitual + terapia cognitiva. 3. Tratamiento habitual + una condición diseñada para controlar el 	<p>Los resultados del seguimiento a los 3 meses indican un mejor nivel de adaptación, calidad de vida y menor gravedad de sintomatología positiva que los dos grupos restantes.</p>

		tiempo de terapia y proporcionar cambios en déficits cognitivos.	
(Bark <i>et al.</i> , 2003)	54	1. Tratamiento cognitivo-conductual 2. Grupo control	Sólo los pacientes del grupo experimental obtuvieron mejoría significativa (y mantenida) en sintomatología positiva, negativa, mixta y en niveles de depresión.
(Durham <i>et al.</i> , 2003)	66	1. Terapia cognitiva (CBT) + tratamiento estandarizado. 2. Terapia de apoyo + tratamiento estandarizado. 3. Tratamiento estandarizado.	Los efectos terapéuticos son moderados aunque los pacientes que son asignados al grupo de CBT presentan mejores resultados en cuanto a severidad sintomática respecto a las otras dos condiciones ($p=0,05$). La CBT y la terapia de apoyo presentan mejores resultados que el grupo control respecto a la ideación delirante ($p=0,03$)
(Haddock <i>et al.</i> , 2003)	36	1. Grupo experimental (n=18): - Entrevista motivacional - Terapia cognitiva (TBC) - Terapia familiar 2. Grupo control (n=18)	Se observan diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental respecto al control en el funcionamiento global (GAF) ($p=0,048$), la sintomatología negativa ($p=0,004$). No se observan diferencias significativas en recaídas aunque el grupo de recibe TBC recae menos (11%) que los pacientes del grupo control (24%)
(Rector, Seeman y Segal, 2003)	42	1.Terapia cognitiva (CBT) (n=24) 2.Tratamiento habitual enriquecido(atención específica para la esquizofrenia) (n=18)	Se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a la mejoría de los síntomas negativos ($p=0,03$) a favor del primer grupo tras el seguimiento a los 6 meses. Sin embargo estas diferencias no se aprecian al finalizar la terapia (duración de 6 meses).
(O'Donell <i>et al.</i> , 2003)	94	1.Intervención CBT para incremento de adherencia 2.Grupo control.	No se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en niveles de cumplimiento tras un año. Tampoco en mejora sintomática, actitud hacia el tratamiento , <i>insight</i> ni en calidad de vida.
(Tarrier <i>et al.</i> , 2004)	316	1.Terapia cognitiva individual (CBT) + tratamiento habitual(n=101) 2. <i>Counselling</i> + tratamiento habitual.	A los 18 meses de seguimiento: No se observan diferencias estadísticamente significativas respecto a las recaídas entre los grupos. Entre el primer y el segundo grupo no se observan diferencias estadísticamente

		(n=106) 3.Grupo control (n=102)	significativas a nivel sintomatológico. Estas diferencias sí se acusan cuando comparamos el grupo control con el que recibió CBT en la escala positiva de la PANSS ($p=0,001$), la negativa ($p=0,034$) y la de psicopatología general ($p=0,030$).
(Bechdolf <i>et al.</i> , 2004)	88	1. Terapia cognitiva (CBT) 2. Grupos psicoeducativos	Tras el tratamiento a los 6 meses no se observan diferencias significativas entre los grupos respecto a las recaídas aunque la tasa es menos en el primer grupo (12,9%) respecto al control (20%). Sin embargo en el seguimiento estas diferencias sí se acusan (0,04) ya que ningún paciente que recibe CBT recae durante los próximos 6 meses en contraste con el 12,5% de los que reciben psicoeducación. Ambos tratamientos presentan buenos resultados ($p<0,01$) respecto a la evaluación basal y durante el seguimiento en la PANSS positiva, la negativa y en la escala de psicopatología general.
(Hogarty <i>et al.</i> , 2004)	121	1. Terapia cognitiva que integra programa de entrenamiento computerizado neurocognitivo con un grupo de ejercicios cognitivos. 2. Terapia de apoyo enriquecida en el manejo de la enfermedad, estrategias de afrontamiento y psicoeducación.	Tras 12 meses de seguimiento: se observan diferencias entre los grupos en la neurocognición y el procesamiento de la información ($p=0,003$). A los 24 meses se acusan diferencias en el estilo cognitivo ($p=0,001$) la cognición social ($p=0,001$) y el ajuste social ($p=0,01$).
(Startup, Jackson y Bendix, 2004)	43	1. Terapia cognitiva (TBC) individual + tratamiento estandarizado. 2. Tratamiento estandarizado	La CBT + el tratamiento estandarizado es más eficaz que el grupo control para la mejora de la sintomatología y el funcionamiento social. Un 60% de pacientes que reciben CBT mejoran respecto al 40% que recibieron tratamiento estandarizado.

(Morrison <i>et al.</i> , 2004)	58	Pacientes con alto riesgo de sufrir esquizofrenia se asignan a las siguientes condiciones: 1. Terapia cognitiva (TBC) individual + tratamiento estandarizado. 2. Tratamiento estandarizado	Los pacientes que reciben CBT tienen menos riesgo de realizar una transición a la psicosis que los del grupo control. La diferencia en las tasas de transición es significativa tras 12 meses de intervención.
(Trower <i>et al.</i> , 2004)	38	1. Terapia cognitiva para el tratamiento de las alucinaciones + tratamiento habitual. 2. Tratamiento habitual	Se observan mejorías significativas en la convicción delirante entre ambos grupos, en la necesidad de obedecer las voces de órdenes y en los niveles de distrés y depresión. No se observan cambios en la frecuencia ni en el contenido de las alucinaciones. Se mantienen las mejoras a los 12 meses de seguimiento.
(Cather <i>et al.</i> , 2005)	30	1. Terapia cognitiva funcional (FCBT) 2. Psicoeducación (PE)	La FCBT muestra mejores resultados en la reducción de voces en el post-tratamiento. El 60% de pacientes de este grupo mejoraron significativamente sus síntomas en 16 semanas.
(Granholm <i>et al.</i> , 2005)	76	1. CBSST 2. Grupo control	Los pacientes del primer grupo mejoran las habilidades sociales, el <i>insight</i> y su funcionamiento social.
(Rathod, Kingdon, Smith y Turkington, 2005)	422	1. CBT 2. Tratamiento habitual	El tratamiento del primer grupo tiene un impacto significativo en el <i>insight</i> hacia la adherencia al tratamiento ($p=0,005$). No fue así en las medidas de conciencia de enfermedad. En consecuencia los pacientes del primer grupo mejoraron en sintomatología y en síntomas depresivos ($p=0,032$).
(Temple y Ho, 2005)	19	1. CBT 2. Grupo control	Los pacientes del primer grupo mejoran significativamente en la impresión global realizada por evaluadores externos ($p=0,03$), en el funcionamiento social ($p=0,001$), en la actividad global ($p=0,013$) y en ideación delirante ($p=0,029$) tras seis meses de intervención.

En todos los ensayos clínicos revisados desde 1990 hasta la actualidad se observa una mayor efectividad, en relación a las recaídas, de la terapia cognitiva frente a los grupos controles.

Algunos grupos de investigación difieren en sus resultados cuando comparan la terapia cognitiva con otras modalidades de intervención. Muchos de éstos no ha hallado diferencias relevantes, al menos dotadas de significación estadística, entre los grupos (Buchkremer *et al.*, 1997; Hornung *et al.*, 1999a; Tarrier *et al.*, 2000; Tarrier *et al.*, 2004; Cather *et al.*, 2005; Granholm *et al.*, 2005).

En contrapartida, otros investigadores afirman la superioridad de la terapia cognitiva respecto a otras condiciones experimentales de intervención psicológica (Tarrier *et al.*, 1998; Haddock *et al.*, 1999; Hornung *et al.*, 1999b; Tarrier *et al.*, 2000; Velligan *et al.*, 2000; Montero *et al.*, 2001; McGorry *et al.*, 2002; Lewis *et al.*, 2002; Velligan *et al.*, 2002; Durham *et al.*, 2003; Rector *et al.*, 2003; Bechdolf *et al.*, 2004; Hogarty *et al.*, 2004).

En resumen, de los estudios que comparan la terapia cognitiva con otras modalidades de intervención, un 17% de los estudios controlados encuentran resultados similares entre dicha terapia y otras formas terapéuticas, mientras que el 83% afirma que la terapia cognitiva se desmarca de otros modelos aportando mejores resultados en el tratamiento de la esquizofrenia.

En una de las revisiones metaanalíticas más actuales (Jones, Cormac, Silveira da Mota Neto y Campbell, 2004) llevada a cabo por la Fundación Cochrane, se revisan 19 ensayos clínicos sobre terapia cognitiva en la esquizofrenia y concluyen que la terapia cognitivo-conductual (CBT) no tiene un efecto significativo sobre la prevención de recaídas ni reingresos en comparación con el tratamiento habitual (estandarizado) (RR= 0.8; CI= 0.5 - 1.5), pero que ayuda a reducir los días de hospitalización (RR= 0.5; CI= 0.3 -0.9). La mayoría de estudios concluyen que la CBT ayuda a reducir la sintomatología psicótica a medio plazo, pero después de un año no se encuentran diferencias entre los grupos a nivel de mantenimiento de la mejora conseguida. La TBC comparada con la terapia de apoyo tampoco presenta efectos positivos sobre las recaídas en esta revisión, y tampoco cuando se combina con tratamientos psicoeducativos.

Los resultados de la revisión Cochrane son poco alentadores en referencia al tratamiento psicológico en la esquizofrenia. En realidad apuntan intencionalmente que los resultados de

mejoría sintomática son estables a medio plazo. Se requerirían estudios de duración más prolongada respecto a la intervención y el seguimiento para poder valorar este aspecto.

Por otro lado, otra revisión más reciente afirma la utilidad de la terapia cognitiva para el tratamiento de la esquizofrenia revisando los ensayos por diferentes modalidades de terapia y apunta la importancia de su impacto en los estadios iniciales de la enfermedad (Turkington, Kingdon y Weiden, 2006).

4.4. Las recaídas tras el primer episodio.

Tras las hipótesis del período crítico (Birchwood *et al.*, 1998) y de la vulnerabilidad a las recaídas y reingresos durante los cinco primeros años de enfermedad, los expertos en las fases iniciales han comenzado recientemente a estudiar con detalle este fenómeno. La gravedad de la sintomatología y la edad temprana del primer episodio, vivir solo y el nivel de educación son predictores de las recaídas durante los cinco primeros años (Lay, Lauber y Rössler, 2006). Asimismo, los niveles de emoción expresada parecen también tener un efecto sobre las primeras recaídas, como así apuntan las conclusiones de Nugter *et al.*, (1997) donde objetivan una tasa de recaídas de un 20,8% y los relacionan con cambios en la EE en la familia.

Por otro lado se evidencia la importancia del soporte social durante esta fase inicial en relación con la tasa de recaídas durante este período y actúa como un factor independiente a las características psicosociales o clínicas descritas en otros estudios como la edad, el ajuste premórbido o la duración de psicosis sin tratar (Norman *et al.*, 2005).

Según Max Birchwood y Elisabeth Spencer (2001) las recaídas durante el período crítico forman parte del proceso. Algunos de los signos tempranos son los cambios a nivel perceptivo, cognitivo y afectivo. Cada persona va a sufrir formas determinadas de signos de recaída y deben ser entendidos como respuestas al estrés o como consecuencia de los procesos personales de atribución.

El interés por la primera recaída psicótica se inició a comienzos de los años 80 cuando los pioneros de la intervención precoz pusieron en marcha las primeras revisiones sistemáticas sobre las recaídas tras el primer episodio psicótico. En una de las revisiones realizada por Gleeson (2005) se localizaron 23 estudios sobre recaídas tras el primer episodio y concluye que

durante los primeros quince años de enfermedad la tasa de recaídas oscila entre el 60 y el 96%.

Otro de los estudios a destacar es el realizado por Wiersma (1998) en el que se objetiva una tasa de recaídas de un 70% durante los primeros cinco años y un 85% a los 9 años; posteriormente no se encuentran tasas más altas que las mencionadas por lo que los expertos empiezan a sugerir la existencia de un *punto seguro* (Gleeson, 2005).

No obstante, la medición de las recaídas en los trabajos de investigación es todavía muy heterogénea dependiendo del concepto de recaída que se utilice de referencia y el interés de los estudios realizados.

Sin embargo, el grupo australiano ha empezado ya a mencionar los factores de riesgo claros en la aparición de la primera recaída psicótica. Ellos los dividen en factores distales, factores proximales e indicadores personales inespecíficos.

- a) *Factores distales*: hacen referencia a factores duraderos en la historia de la persona ya sean personales o ambientales como por ejemplo los rasgos de personalidad, estructuras genéticas o bien traumas relacionados con abusos en la infancia. Estos pueden ser:
 - Ajuste premórbido
 - Duración de enfermedad sin tratar
 - Aspectos de personalidad relevantes y estilos de afrontamiento
- b) *Factores proximales*: son aquellos que precipitan el riesgo de recaída en un momento puntual del curso de la psicosis. Estos factores pueden estar vinculados a conductas del paciente, a señales tempranas o bien a factores ambientales.
 - Adherencia al tratamiento
 - Abuso de sustancias
 - Implicación en el tratamiento
 - Estrés
 - Recursos y apoyos disponibles
- c) *Indicadores personales inespecíficos*: aluden a aquellas señales individuales de alarma que mantienen un correlato con las formas prodrómicas específicas del primer episodio en un individuo.

Adaptado de Gleeson, J. (2005). La primera recaída psicótica: comprender los riesgos y las posibilidades. En J. Gleeson & P. McGorry, *La intervención psicológica en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento*, Bilbao: Desclee de Brower; pp. 285-314

La prevención de las recaídas tras el primer episodio se basa en dos supuestos básicos: el primero de ellos es poder predecirlas de forma precisa, mientras que el segundo es poder incorporar las intervenciones preventivas en los servicios asistenciales.

Para el primer supuesto, se hace imprescindible poder formular la recaída juntamente con el paciente. Según Gleeson (2005), la persona ha de relacionar su experiencia vivida de la psicosis con una comprensión desestigmatizante de la enfermedad. Según este autor, sería deseable elaborar un modelo de prevención de recaídas o formulación, junto con el paciente y su familia tras la remisión del primer episodio.

Por otro lado, existen intervenciones para reducir el riesgo de recaída tras el primer episodio. Entre ellas están el control de señales prodrómicas, la terapia de cumplimiento para controlar la adherencia al tratamiento farmacológico, la psicoeducación familiar, el entrenamiento en comunicación para reducir el estrés interpersonal, entrenamiento en la mejora de habilidades de afrontamiento e intervenciones cognitivas.

Respecto al tratamiento farmacológico para la reducción del riesgo de recaída ante las señales de alarma se han realizado dos grandes revisiones (Birchwood y Spencer, 2001; Herz y Lamberti, 1995). Las conclusiones de estas revisiones apuntan la efectividad del control farmacológico para la prevención de recaídas, aunque las mayores reducciones se mostraron en estudios que combinaban dosis de mantenimiento (incluso bajas) con dosis adicionales en presencia de signos prodrómicos.

En síntesis, podemos decir que existen indicadores de riesgo personalizados concretos en la primera recaída psicótica pero también existen formas de intervención efectivas para la prevención. No obstante todavía estamos en una fase muy temprana en la investigación en este ámbito y en la actualidad, el número de estudios que se centran en la prevención de las recaídas en el primer episodio es todavía muy pequeño.

Parte primera: Marco conceptual de la intervención precoz

Capítulo tercero : la intervención precoz en la esquizofrenia

Conceptualización del término

Tipos de intervención precoz en la fase inicial

Resultados basados en la evidencia

Principales programas de intervención precoz

Capítulo tercero: La intervención precoz en la esquizofrenia.

(...) y creo en la posibilidad de abrir los ojos de la mente y disociar las asociaciones (...)

M.M.P. (13 de junio de 2004)

1. Introducción

Durante la década de los 90 se produjo un optimismo creciente respecto al pronóstico de los trastornos esquizofrénicos. Buena parte de este optimismo se debió a la aparición de los fármacos neurolépticos de segunda generación que presentaron ventajas a nivel de eficacia y en la reducción de los efectos secundarios.

Otra de las grandes razones que promovieron este optimismo fue el reconocimiento de que al prestar una atención especial en las fases tempranas de la psicosis se podía reducir sustancialmente la morbilidad, aumentar la calidad de vida de los pacientes y sus familias así como obtener altos niveles de mejoría clínica.

De este modo se otorga carta de ciudadanía al concepto de intervención precoz para la esquizofrenia y aparecen las primeras publicaciones; algunas de éstas ofrecen ya prometedores resultados clínicos (Falloon, 1992; Loebel *et al.*, 1992; McGlashan y Johannessen, 1996; McGorry, 1998).

Los investigadores pioneros en este ámbito destacaron cuatro efectos iatrogénicos de los servicios y tratamientos convencionales de la intervención en la fase inicial de la esquizofrenia:

- Retrasos en la instauración de un tratamiento eficaz (prolongación excesiva de la DUP).
- Estrategias iniciales de intervención poco específicas y traumáticas.
- Poca continuidad en la atención.
- Poca colaboración del paciente con el tratamiento.

El trabajo de Falloon (1992) marcó un antes y un después en el desarrollo de los tratamientos psicológicos para la psicosis y la intervención temprana. Desde la publicación de este trabajo, son varios los países que han desarrollado estrategias o reformas nacionales en el sistema de salud mental para orientar reformas mayores desde un enfoque preventivo. De aquí que un

gran número de grupos de investigación hayan desarrollado programas centrados en la psicosis precoz.

Sobre este punto de partida, se desarrollará el capítulo que viene a continuación en el que se delimitará el concepto de intervención precoz sobre el cual se han establecido las intervenciones tanto a nivel de prevención primaria, secundaria y terciaria en la esquizofrenia con los resultados basados en la evidencia hallados. Finalmente el capítulo finalizara con una revisión de los principales programas de intervención precoz hallados a nivel mundial.

2. ¿Qué entendemos por intervención precoz?

La conceptualización y definición de la intervención precoz en las psicosis desencadenó una serie de controversias que culminaron con la publicación de una obra que nace de los esfuerzos por definir, delimitar y clasificar las intervenciones precoces que algunos años antes ya se habían empezado a desarrollar en algunos países británicos y australianos (Mrazek y Haggerty, 1994). En este libro, los autores elaboraron un marco teórico sobre el amplio espectro de las intervenciones en salud mental. Éstos apuntaron una manera de clasificar las intervenciones precoces en universales, selectivas e indicadas como parte de un modelo preventivo de intervención (ver figura 4).

Las intervenciones universales hacen referencia a toda la población. El ejemplo más claro serían las intervenciones que llevan a cabo los médicos de atención primaria sobre la vacunación. Las selectivas son las dirigidas a subgrupos de riesgo como por ejemplo los protocolos de control a mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama. Mientras que las indicadas van destinadas a individuos identificados con alto riesgo de padecer un trastorno. El ejemplo más claro son los programas de identificación temprana de casos de alto riesgo que se están llevando a cabo en países europeos como Noruega, Finlandia, Gran Bretaña o Australia.

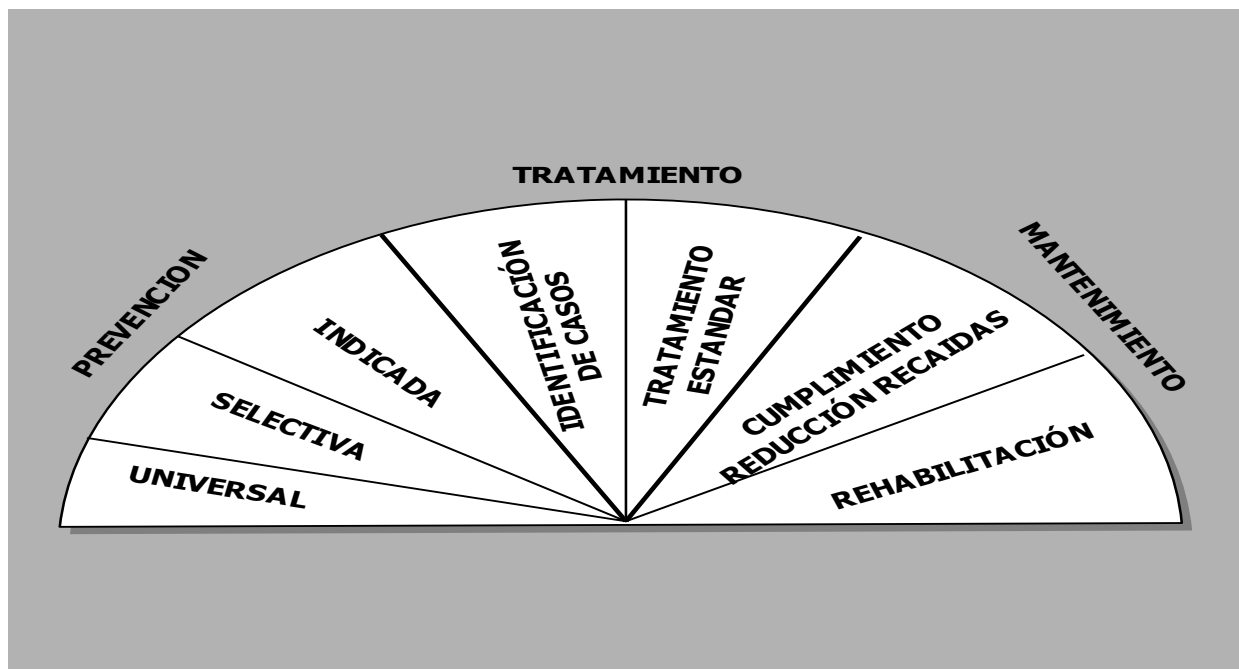


Figura 4. Espectro de intervenciones en salud mental. Adaptado de Mrazek, P.J. y Haggerty. R.J. Reducción de riesgos en los trastornos mentales (1994).

La identificación de casos con síntomas atenuados sería una forma de prevención primaria mientras que la intervención temprana del primer episodio psicótico correspondería a la llamada prevención secundaria. La prevención terciaria, por su parte, haría referencia a la reducción del impacto del trastorno sobre el pronóstico de la enfermedad una vez ha remitido el primer episodio y se objetiva la primera recaída (Johannessen, Larsen y McGlashan, 1999).

Otra perspectiva en la comprensión del término sería definir como prevención el tipo de intervención que se lleva a cabo antes del primer episodio y del tratamiento. El procedimiento que estos autores bautizan como prevención secundaria y terciaria. Desde el punto de vista de la conceptualización de la enfermedad como un *continuum*, es lógico pensar que los procesos posteriores a la aparición del primer episodio psicótico van a tener un curso distinto a si el individuo nunca hubiera realizado esta transición a la psicosis. Por tanto, el tipo de intervención que se lleve a cabo tras el episodio va a formar más parte del tratamiento propiamente dicho que de una intervención de tipo preventivo (ver figura 5).

Si que es cierto que durante el tratamiento precoz se van a realizar muchas intervenciones preventivas pero ya dentro de un programa de tratamiento destinado a la mejoría del paciente y con unos objetivos concretos.

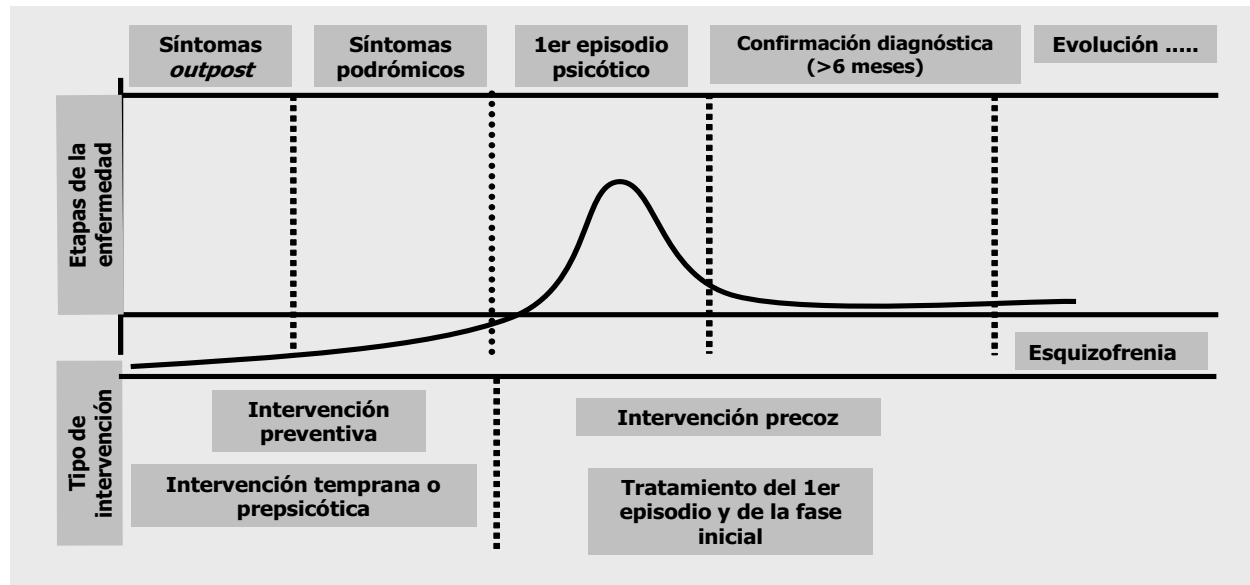


Figura 5. Esquema del tipo de intervención en función de la fase de la enfermedad.

3. Tipos de intervención en la fase inicial.

3.1. Intervención preventiva

La intervención en la fase prepsicótica constituiría un tipo de intervención indicada según los criterios de Mzarek y Haggerty (1994). Hasta la actualidad este tipo de intervención ha formado parte de grandes programas de investigación que comienzan a tener un gran impacto en la práctica clínica, dando lugar a nuevos centros coordinados destinados a la detección de casos de riesgo, intervención temprana preventiva de un primer episodio e intervención precoz para los casos que sí hacen la transición al primer episodio psicótico.

Por lo que se refiere al concepto de intervención prepsicótica como tal presenta una serie de controversias que merecen una buena dosis de atención. En algunos casos, los llamados rasgos clínicos atenuados se hacen evidentes en la fase de aparición de los primeros pródromos. En otros casos podrían resultar "falsos positivos" y por tanto la persona no desarrollará la transición a la esquizofrenia. Sin embargo, muchas de estas personas necesitan un tratamiento específico para los síntomas atenuados independientemente de la evolución de la enfermedad.

La dificultad reside justamente en la disonancia que nos encontramos en la práctica clínica entre esta necesidad de tratamiento y la escasa búsqueda de ayuda por parte del paciente o las familias en los servicios de salud mental.

Existen dos formas de intervenir sobre la sintomatología atenuada. Por un lado el clínico puede tratar los síntomas presentes ya en el individuo y por otro puede intentar reducir el riesgo de que la persona evolucione hacia un estadio más grave.

Por lo que se refiere a la primera intervención no presenta ninguna contrariedad, sin embargo ningún estudio demuestra resultados favorables respecto a la segunda ya que es difícil prever y controlar variables inexistentes en el momento presente para frenar su evolución.

3.1.1. Pautas para la realización de una intervención preventiva.

El deterioro de la esfera social de la persona comienza a hacerse presente mayoritariamente durante la fase prepsicótica (prodrómica), cuando todavía no se ha cruzado el umbral del primer episodio. Es sabido que el nivel de desarrollo psicosocial de la persona al inicio del primer episodio está muy relacionado con el curso de dicha esfera y el nivel de recuperación (Häfner, Löffler, Maurer, Hambrecht y An der Heiden, 1999).

En el *continuum* de la enfermedad, la amalgama de factores que se van gestando desde el inicio de la vida (factores de vulnerabilidad, de ajuste premórbido y psicosociales) facilitan que en la actualidad sea posible identificar a las personas con alto riesgo de progresar hacia la psicosis. Uno de los estudios pioneros sobre la intervención preventiva se publica en 1992 (Bell, 1992) y detectan que un 40% de jóvenes de alto riesgo que acuden a centros de salud mental en busca de ayuda, realizan una progresión al primer episodio en el transcurso de 12 meses incluso habiendo recibido un tratamiento adecuado.

Este tipo de intervención preventiva ha sido muy discutida por los expertos, sobretudo en lo que se refiere a los aspectos éticos. El grupo australiano liderado por Patrick McGorry ha sido puntero en reflexionar sobre este tipo de consideraciones (McGorry, Yung y Phillips, 2001).

Consideran necesaria la prudencia para evitar el estigma en personas que no están en una fase pre-psicótica. Los límites conceptuales son todavía demasiado laxos para determinar con exactitud los criterios de inclusión y de exclusión de la muestra a estudiar. Los autores plantean

la posibilidad de que se aplique un tratamiento preventivo a personas que, quizá de manera natural y sin ninguna intervención, podrían tener un buen pronóstico.

En la clínica PACE (Melbourne) el equipo de McGorry atiende a jóvenes que acuden en busca de ayuda por la angustia que provocan los síntomas independientemente de la evolución de la enfermedad. Evidentemente, esta cuestión plantea limitaciones notables si pretendemos comprender el abordaje de esta fase en la población general ya que uno de los síntomas más comunes es precisamente la escasa conciencia de enfermedad y la baja detección prodrómica que suele darse habitualmente. Es por este motivo por el que el equipo de Melbourne plantea la existencia de la necesidad de una respuesta clínica por parte de los servicios de salud mental y la atención primaria de la salud para paliar el malestar psicológico, al menos, de quienes buscan ayuda. De este modo, una de sus propuestas para reducir el estigma es realizar un abordaje psicosocial centrado en los problemas, que incluya terapias cognitivo-conductuales, con o sin tratamientos farmacológicos.

3.1.2. Orientaciones terapéuticas para la realización de una intervención preventiva.

No son muchos los autores que han descrito las pautas terapéuticas de intervención preventiva una vez detectados los individuos que cumplen criterios de riesgo pero de nuevo tomamos al grupo australiano de la clínica PACE como referencia para resumir cuáles son las orientaciones planteadas en esta fase (McGorry, 2001; Yung *et al.*, 1996; Yung, 1995).

- En el caso de que la persona presente síntomas no específicos de aparición reciente y sin antecedentes familiares de trastorno psicótico el enfoque clínico es general y de apoyo. Se pueden tratar rasgos específicos (como depresión o síntomas obsesivo-compulsivos) desde un punto de vista psicosocial.
- En el caso de que la persona cumpla criterios de muy alto riesgo es indicado ofrecer un tratamiento psicosocial, introduciendo o no tratamiento farmacológico. El enfoque aquí sería aliviar el malestar. El equipo australiano ha debatido mucho si es necesario en esta fase dar información sobre el riesgo al paciente o la familia y apunta la necesidad de ofrecer un enfoque abierto a disposición de la curiosidad y las necesidades del paciente.

- En el caso de que el paciente o la familia tema el estigma, la intervención debería orientarse a propiciar la oportunidad de realizar una evaluación y ofrecer ayuda a modo de visitas domiciliarias del médico de familia, el tutor del instituto o los equipos de salud mental coordinados con los servicios de atención al adolescente.

Los autores proponen que los equipos de atención precoz trabajen en las instalaciones de la comunidad justamente para evitar este estigma. Otra de las recomendaciones para el tratamiento en esta fase es evitar la medicación neuroléptica en individuos de alto riesgo sin dejar de considerar los casos que presentan un deterioro evidente y progresivo, indicios de autolisis o conductas cada vez más desorganizadas.

3.2. Intervención precoz

La intervención precoz específica para la esquizofrenia abarcaría el período desde la aparición del primer episodio abarcando el *período crítico* bautizado por el equipo de Max Birchwood en Birmingham (Birchwood *et al.*, 1998). No obstante, caben destacar rasgos distintivos entre el tipo de intervención para abordar el primer episodio psicótico del tratamiento que es recomendado instaurar durante la fase inicial entendiéndose por dicha etapa como el período crítico de los cinco primeros años de enfermedad.

3.2.1. Intervención específica en el primer episodio psicótico.

Los pioneros del programa EPPIC de intervención precoz han elaborado una guía de intervención específica para el abordaje del primer episodio psicótico (Edwards y McGorry, 2004). En las siguientes líneas presentaremos una síntesis de las intervenciones más recomendadas por los expertos en la materia. Cuando eclosiona el primer episodio psicótico el clínico ha de poder hacer una buena valoración de la persona, así como la intervención adecuada durante la fase aguda y el acompañamiento hasta la fase de recuperación.

a) Valoración y evaluación psicológica.

Dado que la esquizofrenia se desarrolla en edades muy tempranas, podemos intuir que la mayoría de personas que presentan un primer episodio psicótico serán jóvenes con muy poca o nula experiencia de contacto con los servicios de salud mental. Además, una de las características esenciales de la enfermedad es la escasa conciencia de la misma, al menos durante el inicio. Por este motivo, Edwards y McGorry (2004) apuntan algunas técnicas que pueden favorecer el vínculo terapéutico y facilitar la comunicación con el paciente.

Entre éstas destacan las habilidades de escucha, comprensión, estructuración e información de los procedimientos a seguir. En definitiva hacen énfasis en todas aquellas actitudes del terapeuta que hacen que el paciente pueda sentirse cómodo en el marco de la relación, garantizando una buena calidad de la información que se ofrece al paciente y logrando una buena comunicación con el resto del equipo de profesionales.

En el famoso programa EPPIC, Jane Edwards y Patrick McGorry (2004) describen protocolos de evaluación e intervención psiquiátricos en el primer episodio psicótico.

A continuación se describirán algunos aspectos de la historia clínica y valoración psicológica que se recomienda tener presentes para el adecuado abordaje de una persona que padece un primer episodio.

Consideraciones generales:

- Fenomenología de los cambios sintomáticos
- Síntomas secundarios (a consecuencia de los síntomas psicóticos)
- Curso, duración y fluctuación
- Síntomas prodrómicos
- Desencadenantes
- Factores de mejoría o estrategias de afrontamiento
- Respuesta a los tratamientos previos
- Consumo de sustancias u otros procesos orgánicos vinculados a la sintomatología.
- Antecedentes familiares.
- Historia personal (médica y social)
- Funcionamiento premórbido.
- Opiniones de los familiares o amigos sobre la estructura de personalidad del paciente, las reacciones, el entorno social, actitudes ante los servicios, el impacto del episodio en la vida del paciente y de la familia, las influencia del nivel intelectual y las habilidades verbales en la manifestación sintomática

Valoración de riesgos

- Autolesión/autolisis
- Negligencia personal severa
- Violencia o agresión
- Victimización por otros
- Incumplimiento terapéutico
- Abandono prematuro del tratamiento
- Abuso de sustancias

Valoración diagnóstica

El patrón de los síntomas en un primer episodio puede ser variante y manifestarse en múltiples combinaciones. Es por esta inestabilidad inicial por la que los síntomas deberían considerarse como dimensiones de la psicopatología dentro de las amplias categorías del trastorno:

- Psicosis afectivas
- Esquizofrenia
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno esquizofreniforme
- Psicosis reactiva breve
- Psicosis inducidas por sustancias
- Enfermedades médicas o neurológicas que simulan trastornos psiquiátricos primarios

b) Tratamiento del estado agudo.

Los autores australianos proponen un tratamiento integrado para el abordaje del primer episodio psicótico (Edwards *et al.*, 2004). Las intervenciones biológicas, psicológicas y sociales deben conjugarse para proporcionar el máximo beneficio al paciente y la familia.

Las intervenciones biológicas son imprescindibles para el inicio del tratamiento y es por ello que deben ir acompañadas de algunas estrategias psicológicas que faciliten el buen cumplimiento y la vinculación del paciente a los servicios.

Son por tanto estrategias adecuadas todas las referentes a la psicoeducación farmacológica y evitar los procedimientos traumáticos (como la sedación excesiva o contención forzosa). A nivel social destacan la importancia de la involucración de la familia en el tratamiento y la proporción de asistencia social en temas económicos, de vivienda, académicos o laborales.

Los expertos del programa EPPIC de atención precoz recomiendan como intervención de primera opción la atención domiciliaria teniendo en cuenta las consideraciones respectivas a la estructura y funcionamiento familiar y el nivel de gravedad sintomática y psicosocial del paciente. Las valoraciones para este tipo de intervención deberán ser exhaustivas teniendo presentes los aspectos descritos por Jane Edwards y Patrick McGorry (2004) (ver figura 6).

Consideraciones a la familia	Consideraciones al paciente	Consideraciones al equipo
<ul style="list-style-type: none"> - El tiempo del que disponen - La extensión de la red de apoyo familiar y de amigos - Relaciones de interacción familiar - Capacidad de contención, manejo de riesgos como el abuso de sustancias o el riesgo de autolisis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gravedad de los síntomas - Presencia y magnitud del abuso de sustancias - Peligros potenciales en el hogar - El rol del paciente o de la familia - Actitud hacia el tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Experiencia para tomar decisiones de forma incipiente - Que puedan asumir las funciones del medico especialista o general - Disponibilidad para hacer tres visitas al día - Mantenimiento de la continuidad de la asistencia una vez establecida la alianza terapéutica - Posibilidad de realizar exploraciones físicas

Figura 6. Consideraciones para la evaluación e intervención en primeros episodios psicóticos.

En el caso de que se considere necesaria la hospitalización del paciente los pioneros del programa EPPIC proponen las siguientes estrategias de intervención:

- Separación de los pacientes de primer episodio de los crónicos
- Creación de entornos menos estigmatizantes
- Explicación sobre el proceso de hospitalización
- Explicar las funciones de distintos profesionales
- Permitir un horario de visitas flexible
- Prestar atención a las necesidades personales
- Permitir la privacidad dentro de la unidad
- Facilitar información sobre la duración de la hospitalización prevista
- Disponer de instalaciones para que los familiares puedan pasar la noche en la unidad en el caso de los más jóvenes

Como modalidad de terapia los australianos proponen el modelo cognitivo-conductual individual para el facilitar la remisión de la sintomatología positiva, la prevención de síntomas concomitantes como los síntomas negativos secundarios, la depresión, la manía o hipomanía, los trastornos de ansiedad y el abuso de sustancias. Con este fin las estrategias propuestas para abordar el primer episodio psicótico son las siguientes:

- Reducir el retraso en la instauración del tratamiento
- Reducir el trauma al mínimo
- Promover la colaboración del paciente y establecer una alianza terapéutica
- Desarrollar una comprensión común de lo ocurrido ("un modelo explicativo")
- Desarrollar un plan de intervención en crisis
- Dar apoyo a la familia
- Promover la recuperación funcional y una buena calidad de vida
- Prevenir formas de afrontamiento desadaptativas

3.2.2. Elementos terapéuticos de la intervención precoz: fase de remisión y "período crítico"

Tras el cataclismo que sufre la persona en el contexto del primer episodio psicótico nos encontramos ante la dificultad del abordaje de la fase de recuperación y la intervención en el período crítico. El período crítico descrito por el equipo de Birchwood (1998) abarcaría de los 5 primeros años tras el primer episodio. Según estos autores en este período se desarrolla el mayor grado de discapacidad en la persona que padece esquizofrenia. Apuntan que el nivel de funcionamiento adquirido durante este período es un buen predictor del funcionamiento global de la persona 15 años después.

Los expertos destacan dos características básicas del funcionamiento de la enfermedad en este período crítico:

- El curso de la enfermedad es más turbulento al comienzo, tendiendo a estabilizarse posteriormente.
- Los cambios biológicos, psicosociales y cognitivos que tendrán una influencia en el posterior curso se desarrollan en este período.

La esquizofrenia, desde que recibe carta de ciudadanía conceptualmente, ha sido definida como una enfermedad que cursa con un deterioro progresivo y cuyo pronóstico es difícil predecir en el momento del diagnóstico. La evolución durante la fase de recuperación y el período crítico parece ser un factor determinante para el equipo británico de Max Birchwood.

Durante la fase de recuperación y como parte de la misma, el paciente y la familia necesitan comprender qué ha ocurrido y asimilar la experiencia. Edwards y McGorry (2004) diferencian el tipo de intervención en la fase de recuperación precoz de la tardía. Según los autores las pautas de tratamiento adecuadas para el abordaje del paciente en ambas fases son:

Fase de recuperación precoz:

- Observación de los progresos
- Facilitar al paciente la comprensión de su experiencia de enfermedad
- Adoptar un enfoque gradual para conocer la vida del paciente.
- Facilitar el reestablecimiento de la propia identidad ayudándole a diferenciar el propio yo de la enfermedad.
- Mediatizar la reincorporación a las tareas laborales y recreativas a fin de reforzar las propias capacidades.
- En definitiva se trata de ayudar a reintegrar el sentido de identidad mediante el apoyo terapéutico y técnicas de afrontamiento en el contexto de una relación de colaboración entre paciente, terapeuta y familia.

Fase de recuperación tardía (12 primeros meses tras el primer episodio):

- En esta fase los grupos expertos utilizan diferentes recursos o la combinación de algunos de ellos para el abordaje del paciente. Algunos de éstos son:
 - *Intervención psicoeducativa*
 - *Intervenciones familiares*
 - *Psicoterapia de orientación cognitiva para la psicosis precoz (COPE)*
 - *Intervenciones sociales.*

3.2.2.1. La psicoeducación

La psicoeducación constituye el ingrediente esencial de la intervención en la fase inicial. La tarea esencial del terapeuta es facilitar información sobre las características de la enfermedad, sobre la variedad de tratamientos que se les puede ofrecer, los patrones de recuperación y las instancias y profesionales que participarán en el proceso. Muchos programas de intervención precoz hacen uso de material diseñado con esta finalidad para facilitar la comprensión de la información que se ofrece en el marco de la relación terapéutica.

El grupo australiano recomienda ofrecer una información introducida de manera gradual en el momento oportuno. En algunas ocasiones podría ser necesario repetir la información para asegurar su asimilación y pedir al paciente que exprese lo que ha comprendido de la misma.

No obstante, y en la línea teórica de los pioneros de la entrevista motivacional Miller y Rollnick, se ha de tener presente que la información por sí misma puede no producir los cambios deseados aunque se haya ofrecido de una manera correcta (Miller y Rollnick, 1991).

3.2.2.2. Intervenciones familiares

Ya desde los años 80 se empiezan a obtener datos de estudios controlados sobre la efectividad del trabajo con las familias. En Inglaterra, el equipo del profesor Julian Leff del Instituto Psiquiátrico de Londres demostró la influencia de sus terapias sobre la prevención de recaídas (Leff *et al.*, 1982; Leff, 1994).

A consecuencia de estos hallazgos se desarrollaron diferentes modelos terapéuticos. El grupo británico de Leff diseñó un paquete de intervención sociofamiliar y estructurado (Leff *et al.*, 1982; Kuipers, Leff y Lam, 1992) cuyos objetivos se centran en la reducción de la emoción expresada, en aumentar las redes sociales de la familia, mejorar la comunicación y reducir las expectativas poco realistas. Objetivos que se cristalizan en tres fases de intervención bien diferenciadas: el programa educativo, los grupos interfamiliares y las sesiones de familia individuales.

Otra de las grandes aportaciones de este grupo a las técnicas de intervención para la mejora de la comunicación en la familia fue el desarrollo del siguiente conjunto de reglas para regularizarla (Kuipers *et al.*, 1992):

1. Sólo una persona puede hablar en cada momento.
2. Todos deberían tomar parte de manera equivalente en la conversación.
3. Deben dirigirse a los presentes directamente, no hablando de ellos en tercera persona.

Apuntan también sus intervenciones hacia la mejora de las aptitudes de escucha y la promoción del elogio y el estímulo. La finalidad es reducir las actividades críticas, hostiles y de implicación excesiva de los familiares. Además mencionan la necesidad de intervenir para prevenir los conflictos mediante la técnica de declarar las emociones negativas de una manera positiva y de realizar una separación gradual física y emocional de los pacientes con familiares con una alta emoción expresada.

Otro de los modelos de intervención familiar que han estado más en boga ha sido el descrito por el grupo de Hogarty (Anderson *et al.*, 1986). Para este grupo la finalidad de la intervención familiar se concentra en la disminución del riesgo de recaídas y a trabajar la vulnerabilidad del paciente ante los estímulos externos e internos. Para ello realizan una intervención en la que incluyen talleres psicoeducativos que se distribuyen, al igual que el grupo de Leff, en distintos períodos. Primeramente se trabaja la vinculación de la familia al servicio y se llevan a cabo los talleres, para continuar con una intervención de reintegración social y laboral y finalizar con una última etapa de desenganche.

Por otro lado, el equipo de Nicolas TARRIER perfila un tipo de intervención familiar cognitivo-conductual en el que también se trabaja la identificación y modificación de los patrones de comunicación con alta emoción expresada, además de aglutinar esfuerzos para el incremento del nivel de funcionamiento del paciente (Barrowclough y TARRIER, 1992). Sobre estos objetivos descansan las técnicas psicoeducativas para las familias, el entrenamiento en el manejo del estrés y las respuestas de afrontamiento así como la determinación de objetivos terapéuticos.

Finalmente apuntar el programa de tratamiento, altamente estructurado, con el que el grupo de Falloon realiza sus intervenciones familiares (Falloon *et al.*, 1985). Los autores describen una amalgama de técnicas muy delimitadas con la finalidad de desarrollar habilidades. En primer lugar su intervención se inicia con una evaluación de la unidad familiar para posteriormente llevar a cabo la educación sobre la enfermedad.

Este grupo ofrece la información psicoeducativa a domicilio, en dos sesiones semanales incluyendo pacientes y familiares. Tras estas sesiones se da paso al entrenamiento en comunicación centrado en la mejora de las aptitudes de los miembros de la familia. Particularmente se delimita a enseñar a la familia a hacer declaraciones específicas y claras, haciendo énfasis en las habilidades de la escucha activa.

Acentuaron también la importancia del feedback que aportan los miembros de la familia en relación a sentimientos de aprecio o de placer y la facilitación de la comunicación de sentimientos negativos como la rabia, la sensación de sentirse herido, la decepción o la tristeza de una manera efectiva y nunca ante el paciente. En el entrenamiento, incluyeron también ejercicios de relajación y autocontrol, así como técnicas de resolución de problemas.

En general, aunque cada grupo de trabajo centra sus esfuerzos en algunas técnicas concretas de intervención, más o menos estructuradas, todos los profesionales coinciden en la necesidad de trabajar la reducción de expectativas poco realistas de los familiares a un nivel que el paciente fuera capaz de alcanzar. De hecho todas las modalidades de intervención familiar en la esquizofrenia se llevan a cabo mediante la combinación de algunos ingredientes comunes que Lam (1991), en una revisión sistemática de estudios controlados, sintetiza en los siguientes:

- *La aproximación positiva y la relación de trabajo genuina con las familias:* evitar la culpa y respetar los procesos de afrontamiento conteniendo la sobrecarga como cuidadores.
- *Proporcionar estructura y estabilidad:* el respeto del *setting* terapéutico.
- *Centrarse en el "aquí y ahora":* trabajar con los problemas concretos que la familia trae a consulta analizando los patrones de relación y reforzando los estilos de afrontamiento saludables.
- *La utilización de conceptos familiares:* reconstrucción de límites familiares apoyando a la unidad parental para facilitar la progresiva independencia del paciente.
- *Reestructuración cognitiva:* la aportación a las familias de un modelo de sentido a los comportamientos y sentimientos del paciente.
- *Aproximación conductual:* centrado en los problemas que aporta la familia y bajo una estructura técnica de resolución de problemas, se trata de proporcionar recursos y estrategias de afrontamiento a situaciones estresantes.
- *Mejora de la comunicación:* todos los entrenamientos cuyo objetivo es mejorar la comunicación hacen hincapié en la claridad, simplicidad y especificidad de los mensajes.

Las técnicas de entrenamiento suelen incluir los ensayos de conducta, modelados, la retroalimentación, la práctica repetida y la generalización.

3.2.2.2. Psicoterapia de orientación cognitiva

En el marco de algunos programas de intervención precoz se han desarrollado múltiples modelos de psicoterapia cognitiva. Un ejemplo de ello es la Psicoterapia de orientación cognitiva para la psicosis precoz (COPE) (Cognitively Oriented Psychotherapy for Early Psychosis). La COPE es un tipo de intervención cognitiva breve que tiene como finalidad el abordaje en la fase inicial de la enfermedad. Los objetivos de la COPE, desarrollado en el programa EPPIC, son por un lado promover la adaptación de la experiencia de la enfermedad y su tratamiento y por otro identificar y reducir la morbilidad secundaria (Jackson *et al.*, 1998; Jackson *et al.*, 2001).

La psicoterapia cognitiva aporta técnicas para enseñar a los pacientes a manejar la sintomatología psicótica. La idea es facilitar el aprendizaje de habilidades para cambiar las creencias sobre la naturaleza de los síntomas y dar un sentido psicológico a los mismos (Yusupoff, Haddock, Sellwood, y Tarrier, 1996). Mayoritariamente, en el contexto de la psicoterapia cognitiva aplicada a pacientes psicóticos se utilizan técnicas basadas en el condicionamiento operante, detención del pensamiento, procedimientos distractivos o de supresión verbal como escuchar música, contar etc.

A continuación se describirán algunas de las técnicas que engloban los programas de terapia cognitivo-conductual aplicados al tratamiento de la esquizofrenia:

Tabla 8.

Técnicas de tratamiento cognitivo-conductuales para la intervención en la esquizofrenia.

<i>Técnicas distractivas</i>
Se trata de técnicas destinadas a distraer el pensamiento y desfocalizar el núcleo de atención de las alucinaciones o ideas delirantes. Estas técnicas podrían comprender el uso del <i>walkman</i> , de la lectura o del recuento mental. Las técnicas de distracción son poco recomendadas por algunos autores debido a su efecto poco duradero (Bentall, Haddock y Slade, 1994). Éstos en cambio apuntan la efectividad de las técnicas de focalización.
<i>Técnicas de focalización</i>
El requisito fundamental de esta técnica es que la persona aprenda a identificar las sensopercepciones alteradas como propias (Morrison y Haddock, 1997) a) Solicitar al paciente que se centre en la forma y características físicas de las voces, el número, la intensidad, el volumen... y lo exponga como foco de discusión en la terapia. b) Una vez que el paciente domina la primera fase, se le pide que preste atención al contenido y realice registros de las mismas para de nuevo traerlas a discusión a terapia. c) Se le pedirá al paciente atención a sus creencias y pensamientos respecto a los síntomas productivos y que registre los sucesos antecedentes y los pensamientos y sentimientos consecuentes. La finalidad es que la técnica le conduzca a la formulación de un significado que normalmente desemboca en la aceptación de que las voces son autogeneradas.
<i>Técnicas de reestructuración cognitiva</i>
Son muchos los autores que describen procesos de reestructuración cognitiva como técnica para abordar la sintomatología psicótica (Chadwick <i>et al.</i> , 1996; Fowler <i>et al.</i> , 1998). El contenido incluye la identificación de pensamientos, revisando las evidencias que los fundamentan y fomentando la auto-monitorización de las cogniciones, relacionando los pensamientos con los sentimientos y la conducta.

Técnicas para la reducción de la ansiedad

Se trata de técnicas cuya finalidad es reducir la angustia provocada por las interferencias de las experiencias psicóticas. Para ello algunos autores definen en el contexto de las siguientes etapas (Garety, Fowler y Kuipers, 2000):

- a) Enganche y evaluación: reforzar el "empirismo colaborador" desde un contexto de aceptación incondicional y la evitación del desafío directo y la descalificación.
- b) Desarrollar estrategias de afrontamiento cognitivo-conductuales: se trata de enseñar al paciente a manejar técnicas cognitivas, conductuales, sensoriales y fisiológicas, adecuadas al contexto del paciente.
- c) Desarrollar una nueva comprensión de la experiencia de la psicosis: desde un punto de vista psicoeducativo se exploran las experiencias de disfunción del paciente y el conocimiento actual sobre la enfermedad con el fin de formular una explicación que relacione sus factores de vulnerabilidad con acontecimientos estresantes que hayan podido precipitar el episodio. El objetivo es la construcción de un nuevo modelo de explicación personal que faciliten el uso de conductas y cogniciones más funcionales en el manejo de la enfermedad.
- d) Trabajo sobre delirios y alucinaciones: la evidencia científica demuestra la efectividad de las estrategias cognitivas sobre el control y la remisión de la sintomatología positiva. Las técnicas socráticas, las técnicas de afrontamiento, la identificación de creencias o pensamientos sesgados y su posterior desafío verbal han demostrado ser intervenciones idóneas para acompañar al paciente en su proceso de dar sentido a la experiencia psicótica.
- e) Trabajar con el afecto y con las auto-evaluaciones negativas: El plano afectivo de la persona que experimenta un episodio psicótico es quizá una de las esferas más importantes de la intervención. La autoestima, la sensación de invalidez, de fracaso, de angustia y de debilidad son sentimientos a trabajar con el paciente. Será importante el trabajo desde su visión de él mismo, de su relación con los demás y con el mundo.
- f) Manejar el riesgo de recaídas y la incapacidad social: Como se ha podido observar en la literatura revisada, el riesgo de recaída durante el período crítico de la enfermedad es bastante elevado. Es por ello por lo que se hace imprescindible trabajar con la identificación de los signos y síntomas que preceden una recaída a fin de aplicar una intervención inmediata y eficaz. De este modo se facilitaría al paciente un mejor desarrollo personal, modificando el curso de la enfermedad y reduciendo el empeoramiento clínico posterior a cada recaída.

3.2.2.4. Intervenciones sociales

Algunos programas integrales de intervención precoz, como el EPPIC, proponen una intervención social paralela con el objetivo de facilitar la recuperación de la persona y su progresiva rehabilitación de la esfera social. Las intervenciones adoptan distintas modalidades en función de las infraestructuras de los servicios. Una de las más comunes es la terapia grupal orientada a la actividad y basado en la realidad. En el capítulo quinto se describirán con más detalle estas intervenciones sociales en el marco de los programas de intervención precoz que se están llevando a cabo a nivel mundial.

4. Resultados basados en la evidencia sobre la intervención precoz en la esquizofrenia.

Hasta la actualidad tenemos evidencia en la literatura de numerosas intervenciones dirigidas al tratamiento de la fase estable o residual del trastorno esquizofrénico. No obstante, a partir de 1996 surge una nueva generación de científicos expertos en técnicas de tratamiento dirigidas al primer episodio psicótico y las fases tempranas de la enfermedad.

Uno de los expertos en la intervención social y clínica durante la fase inicial de la psicosis, incluyendo el tratamiento de personas en riesgo, sintetizó el tipo de intervención recomendada para cada etapa en las siguientes (McGorry, 2000):

a) La intervención durante la fase prepsicótica (período prodrómico):

El objetivo del tratamiento en esta fase es la reducción de síntomas atenuados o prodrómicos, así como la mejora del funcionamiento familiar. Para ello, la intervención psicoeducativa, la terapia cognitivo-conductual y el trabajo con las familias a nivel individual son consideradas intervenciones pertinentes durante esta fase.

b) La intervención durante el primer episodio (fase aguda 2-6 meses aprox.):

La prioridad de la intervención durante esta fase debería focalizarse en la reducción de la angustia emocional, la mejora del conocimiento y la comprensión de la enfermedad, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento adaptativas y la facilitación de la reincorporación de la persona al funcionamiento normal. Con esta finalidad, el equipo australiano trabaja de manera individual y familiar mediante la psicoterapia de apoyo y haciendo uso de las herramientas psicoeducativas.

c) La intervención durante la fase de recuperación temprana (2-6 meses aprox.):

Los ingredientes terapéuticos planteados durante esta fase son los siguientes:

- Manejo de casos basado en las necesidades (individual)
- Psicoeducación (individual)
- Trabajo con familias (educación y apoyo)
- Intervenciones grupales basadas en las necesidades
- Intervenciones cognitivo-conductuales en modalidad grupal
- Psicoterapia de orientación cognitiva para la psicosis (COPE)

- Prevención de suicidio
- Tratamiento del consumo de sustancias (modelo cognitivo-educativo-motivacional)

d) La intervención durante la fase posterior (6-24 o más meses):

La intervención de orientación cognitiva se describe en el programa de tratamiento EPPIC y se lleva a cabo en una modalidad individual. Se trata del tipo de intervención propuesta como idónea para esta fase por el grupo australiano. Sobre el marco terapéutico COPE es conveniente trabajar la prevención de recaídas mediante técnicas psicoeducativas y terapia de cumplimiento a modo individual. Por otro lado es imprescindible la aplicación de un tratamiento psicológico para los síntomas persistentes al que ellos denominan STOPP.

En esta fase, el apoyo intensivo y el trabajo con las familias se hará imprescindible para la prevención de recaídas, así como el tratamiento psicosocial para la progresiva inserción laboral y social de la persona. Para este último objetivo, los australianos proponen la modalidad de terapia grupal.

A continuación se presentarán los principales hallazgos clínicos de los estudios controlados publicados en los distintos períodos de la fase inicial de la enfermedad: la etapa prodrómica, el primer episodio durante su fase aguda y el período de recuperación y la fase inicial (período crítico).

4.1. Intervenciones basadas en la evidencia durante la fase prodrómica.

Las líneas más actuales de investigación están dirigiendo sus esfuerzos hacia la detección e intervención temprana de personas que tienen un alto riesgo de padecer un primer episodio psicótico (Bechdorf, Maier, Knost, Wagner y Hambrecht, 2003; Gleeson, Larsen y McGorry, 2003). Sin embargo, existe una enorme dificultad de realizar estudios bien controlados cuyos resultados puedan ofrecernos una idea sobre la eficacia de una intervención precoz en esta fase prodrómica. La dificultad de diseñar programas de investigación para la detección de casos y su posterior tratamiento podría explicar la escasez de este tipo de estudios. De hecho, únicamente se pueden llevar a cabo en grandes equipos que posean las infraestructuras adecuadas para poder realizar una intervención social de detección precoz de casos que se puedan asumir en un programa bien establecido de intervención clínica. Sin estas infraestructuras no se hace posible logísticamente la investigación en este terreno.

Afortunadamente existen algunos grupos en el mundo que sí las poseen y es a partir de los frutos de sus intervenciones sociales y clínicas, de las que se nutren los programas de investigación. Uno de ellos es el programa EPPIC del que se viene haciendo referencia en apartado anterior. Es un programa que forma parte de un proyecto en la clínica PACE de Melbourne y que ha construido un centro de detección e intervención temprana para la psicosis. En alguna de sus múltiples publicaciones el equipo australiano ofrece algunas directrices para la formación de centros de intervención y algunas estrategias de investigación en el ámbito de la intervención en la fase prodrómica; un terreno resbaladizo que ha comportado muchas controversias éticas ya comentadas en el anterior capítulo (McGorry, Yung y Phillips, 2003).

A continuación se presentan algunos de los resultados extraídos de los estudios que han aplicado una intervención durante la fase prodrómica de la enfermedad.

Para todas las revisiones que se presentan en las páginas posteriores se ha realizado una revisión sistemática en cuatro bases de datos (Medline, Psichoinfo, MIMAS y Science Direct) con las palabras clave siguientes: "Schizophrenia"; "Early intervention"; "Psychotherapy" y "Controlled Clinical Trial".

Los resultados de esta revisión se presentan a continuación:

Tabla 9.

Principales resultados de los estudios de intervención cognitivo-conductuales en la fase prodrómica de la enfermedad.

Estudios	Tipo de intervención	Principales resultados
(Johannessen, 1998; Johannessen <i>et al.</i> , 2001)	El equipo noruego lleva a cabo una intervención de detección de casos con alto riesgo de padecer un primer episodio psicótico en Rogaland (Noruega) Desarrollan un programa de intervención en el que se ofrecerá tratamiento psicoeducativo y terapia cognitivo-conductual a los sujetos detectados a través de los programas de detección precoz mediante el entrenamiento a médicos de familia, profesores y la sociedad en general a través de distintos medios de comunicación.	Los resultados en este estudio preliminar indican que una intervención precoz durante esta fase reducirá la duración de psicosis sin tratar (DUP) de 114 semanas hasta 20.

(Phillips, Yung y McGorry, 2000)	Incluyen en su programa a personas con criterios de antecedentes familiares de trastorno psicótico que cumplan criterios de presencia de variables de riesgo de padecer un primer episodio	El 41% de los pacientes incluidos en el programa realizan una transición al primer episodio.
(McGorry, 2002)	Se realiza intervención temprana en pacientes con alto riesgo de padecer esquizofrenia: -Intervención basada en las necesidades. - Programa específico de prevención basado en intervenciones cognitivo-conductuales (CBT).	Resultados a los 6 meses de intervención: Aproximadamente un 37% de pacientes que reciben un tratamiento basado en las necesidades progresan hacia un primer episodio psicótico en contraste con un 10% del grupo que recibe CBT. Esta diferencia de frecuencias tiene significación estadística ($p=0,03$).
(Morrison <i>et al.</i> , 2004)	58 pacientes con alto riesgo de sufrir esquizofrenia se asignan a las siguientes condiciones: 1.Terapia cognitiva (TBC) individual + tratamiento estandarizado. 2.Tratamiento estandarizado.	Los pacientes que reciben CBT tienen menos riesgo de realizar una transición a la psicosis que los del grupo control (96% de reducción; 0.04, 95% CI 0.01–0.71; $P=0.028$). La diferencia en las tasas de transición es significativa tras 12 meses de intervención.
(Bechdolf <i>et al.</i> , 2005)	12 pacientes fueron reclutados en el servicio de Early Recognition and Intervention Centres in Germany y fueron integrados en un tratamiento con CBT que incluía terapia individual, grupal, rehabilitación cognitiva y <i>counselling</i> .	Los síntomas prodrómicos redujeron su intensidad, así como los síntomas depresivos y de ansiedad. Todas las medidas tuvieron niveles de significación en el post-tratamiento.

Seis de los cinco los estudios actuales realizan intervenciones primarias y en todos ellos se evidencian resultados clínicos positivos, ya sea en la línea de prevención en la reducción de la DUP, en la mejoría de la clínica prodrómica o bien en las tasas de transición al primer episodio psicótico.

Cabe destacar estudios recientes como el del grupo de Lam que en estos momentos se encuentran realizando los primeros estudios pilotos en intervención precoz y, aunque no realizan ninguna intervención para la prevención de las tasas de transición, nos ofrecen datos de dichas tasas en una muestra de pacientes en un estudio de seguimiento de cohorte. El grupo asiático detecta una tasa de transición de un 29% en una muestra de 62 pacientes tras los 6 meses de su detección con criterios de alto riesgo (Lam, Hung y Chen, 2006).

Por otro lado, cabe mencionar el trabajo que se está llevando a cabo en el área sanitaria de Torrelavega-Reinosa (Cantabria) donde en una muestra de 30 pacientes sólo el 12% realizó una transición al primer episodio durante el primer año de seguimiento (Vallina *et al.*, 2003).

Estos datos alientan el trabajo en líneas preventivas aunque serían necesarios estudios longitudinales de más duración que permitan verificar que las intervenciones primarias tienen un impacto real sobre el *continuum* de esta enfermedad bloqueando dicha transición y no únicamente retrasándola.

4.2. Intervenciones basadas en la evidencia durante la fase aguda del primer episodio psicótico.

Los estudios sobre las intervenciones durante la fase aguda del primer episodio psicótico, al igual que las descritas en la fase prodrómica, no están dotadas precisamente de sencillez logística ni metodológica. Tampoco en esta fase son abundantes los trabajos controlados para evaluar la efectividad de las intervenciones en el primer episodio. Existen una multiplicidad de estudios de cohortes que realizan un seguimiento de pacientes en la evolución de la fase aguda, describiendo sus principales variables pronósticas (Yung y McGorry, 1996; Kohn *et al.*, 2004; Malla *et al.*, 2002; Townsend, Norman, Malla, Rychlo y Ahmed, 2002; Larsen, Johannessen y Opjordsmoen, 1998). Sin embargo, no son muchos los estudios aleatorizados y controlados sobre intervenciones durante la fase aguda del primer episodio psicótico. En la tabla 10 se resumen los principales resultados de las publicaciones halladas:

Tabla 10.

Principales resultados de los estudios de intervención cognitivo-conductuales (TCC) en la fase aguda del primer episodio psicótico.

Estudios	N	Tipo de intervención	Principales resultados
(Drury, Birchwood, Cochrane y MacMillan, 1996b; Drury, Birchwood, Cochrane y MacMillan, 1996a; Drury, Birchwood y Cochrane, 2000)	40	Con el objetivo de reducir la duración de psicosis aguda y los síntomas psicóticos residuales en grupo británico lleva a cabo las siguientes intervenciones (grupos comparativos): - TCC individual y familiar - Terapia recreativa y apoyo informal (mismo nº de sesiones que el grupo de TCC).	Reducción sintomatológica más rápida, resultados que se mantienen en el seguimiento a 9 meses. Disminución de la convicción delirante. Reducción de las tasas de duración de hospitalización hasta 50%, y una tasa más baja de recaídas en los 9 meses posteriores (aunque la diferencia no muestra significación estadística).

(Haddock <i>et al.</i> ,1999)	21	Con el objetivo de reducir los síntomas agudos se comparan los siguientes grupos: - Terapia cognitiva individual breve - <i>Coounsellig</i> + psicoeducación	En ambos grupos se observa significación ($p < 0,05$) respecto a la reducción de la gravedad sintomática, aunque estas diferencias no se observan entre los grupos al cabo de 2 años de tratamiento. Tampoco se halla significación en las recaídas entre ambos grupos aunque se observan tasas más bajas en número y días de hospitalización en el primer grupo. Tendencia a menos recaídas (sin significación) en el grupo que recibe terapia cognitiva.
(Kemp, Hayward, Applewhaite, Everit y David, 1996; Kemp, David y Haywood, 1996; Kemp, Kirov, Everit, Haywood, y David, 1998)	74	Con el objetivo de mejorar el cumplimiento de la medicación y la actitud hacia el tratamiento se comparan las siguientes estrategias de intervención: - Terapia de cumplimiento (estrategias de entrevista motivacional) - <i>Counselling</i>	Para el grupo que realiza terapia de cumplimiento se observa una mejoría en la actitud hacia la medicación, un mayor cumplimiento de las indicaciones terapéuticas y un mejor nivel de <i>insight</i>
(Lewis <i>et al.</i> , 2002)	315	Realizan un ensayo clínico multicéntrico con pacientes de primer episodio en dos condiciones: - CBT (5 semanas) - Control	Muestran resultados favorables y explicativos (con análisis de regresión) a los 70 días en los síntomas clínicos.
(Tarrier <i>et al.</i> , 2004)	316	El objetivo del estudio era observar el mantenimiento de la efectividad de una intervención en el primer o segundo episodio psicótico durante el seguimiento. Para ello se formaron aleatoriamente los siguientes grupos: - Terapia cognitiva individual (CBT) + tratamiento habitual. (n=101). - <i>Counselling</i> + tratamiento habitual. (n=106) - Grupo control (n=102)	A los 18 meses de seguimiento: No se observan diferencias estadísticamente significativas respecto a las recaídas entre los grupos. Las diferencias se observan en la comparación del grupo control con el que recibió CBT en la escala positiva de la PANSS ($p=0,001$), la negativa ($p=0,034$), y la de psicopatología general ($p=0,030$).

Se hallan un total de ocho estudios controlados sobre la intervención en la fase aguda, cuatro de los cuales comparan la terapia cognitivo conductual (TCC) con otras modalidades y todos ellos muestran resultados clínicos en la mejoría de sintomatología aguda.

Respecto a las recaídas, dos estudios muestran diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que recibe TCC y tres evidencian estas diferencias en días de hospitalización.

En general, los resultados de las intervenciones en la fase aguda son positivos en cuanto a la reducción de sintomatología y mejoría clínica, en especial los estudios comparativos en los que se interviene con TCC, algunos de los cuales tienen un impacto también sobre las recaídas o los días de hospitalización.

4.3. Intervenciones basadas en la evidencia durante la fase post-aguda y posterior.

La abundancia de estudios de intervenciones cognitivo-conductuales durante la fase post-aguda y posterior en la esquizofrenia no parece ser mayor que en las fases anteriores. A continuación se exponen los principales hallazgos encontrados en los estudios basados en la evidencia sobre intervenciones cognitivo-conductuales en la fase post-aguda y posterior del primer episodio de esquizofrenia.

Tabla 11.

Principales resultados de los estudios de intervención cognitivo-conductuales (TCC) en la fase post-aguda y posterior.

Estudios	N	Tipo de intervención	Principales resultados
(Tarrier <i>et al.</i> , 1993a; Tarrier <i>et al.</i> , 1993b)	27	Objetivos: reducir la sintomatología positiva resistente, enseñar habilidades de afrontamiento para reducir la angustia. Grupos de comparación: -Terapia cognitiva -Resolución de problemas	No se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos al final del tratamiento y el seguimiento. El grupo de terapia cognitiva mejora más que el de resolución de problemas en ideación delirante.
(Haddock <i>et al.</i> , 1999)	21	Objetivo: mejorar las alucinaciones auditivas resistentes a la medicación Grupos de comparación: -Psicoterapia cognitiva breve - <i>Counselling</i> + psicoeducación	Ambos grupos mostraron una reducción significativa de las alucinaciones aunque estas diferencias no se acusaban en la comparación entre grupos. Sin embargo el grupo de terapia cognitiva obtuvo puntuaciones menores en la escala BPRS. Las diferencias tampoco se observan durante el seguimiento, aunque el número de recaídas y días de hospitalización fue menor en el primer grupo.
(Garety, Kuipers, Fowler, Chamberlain y Dunn, 1994)	20	Objetivo: evaluar la efectividad de la terapia cognitiva durante la fase inicial de la esquizofrenia. Se comparan los siguientes grupos: - TCC + tratamiento estándar - Lista de espera + tratamiento estándar	Mejoría significativa del grupo que recibió TCC en convicción delirante, depresión, y valoración subjetiva de los problemas.

(Kuipers <i>et al.</i> , 1997)	60	Objetivos: Reducir la angustia de los síntomas positivos, la ansiedad y la depresión. Promover la autorregulación del riesgo de recaída y la discapacidad. Se comparan los siguientes grupos: - TCC + tratamiento estándar - Lista de espera + tratamiento estándar	Únicamente se observan diferencias en la mejoría sintomatológica del grupo que recibe TCC. Se observa también una tasa más baja de abandono y una mayor satisfacción.
(Sensky <i>et al.</i> , 2000)	90	Objetivos: Reducir los síntomas positivos persistentes y mantener la mejoría en el tiempo. Se comparan: -TCC -Grupo que realiza actividades de ocio y tiempo libre.	Mejoría de la sintomatología positiva y la anhedonia al final del tratamiento y tras el seguimiento a 9 meses a favor del grupo que recibió TCC.
(Lewis <i>et al.</i> , 2002)	315	Objetivos: evaluar la efectividad de la TCC sobre la remisión de síntomas positivos durante la fase inicial de la esquizofrenia. Se comparan los siguientes grupos: -Terapia cognitivo-conductual (CBT; duración de 5 semanas) + tratamiento habitual. - <i>Counselling</i> + tratamiento habitual. -Tratamiento habitual (control)	A los 70 días del inicio del tratamiento se observa mejorías significativas en el grupo que recibe CBT respecto a los otros dos. Los autores concluyen que la terapia cognitiva ofrece ventajas sobre el <i>counselling</i> y el tratamiento estandarizado en la remisión de síntomas psicóticos.
(Power <i>et al.</i> , 2003)	56	Objetivo: comparar la mejoría en ideas suicidas aplicando un programa específico de terapia cognitiva <i>vs</i> el grupo control. - Terapia LifeSpan - Tratamiento estándar	Se tomaron medidas de la ideación suicida antes de la intervención, inmediatamente después y 6 meses tras el tratamiento. El grupo que participó en LifeSpan obtuvo mejores puntuaciones en ideas suicidas y esperanza.

En la revisión sobre los tratamientos precoces con TCC en la fase post-aguda y posterior del primer episodio se han encontrado siete estudios y aproximadamente un 86% de éstos avalan la superioridad de la TCC sobre otras modalidades de tratamiento en la reducción de sintomatología clínica.

Cabe destacar el estudio de Addington *et al.* (2005), que no se ha incluido en la tabla posterior por no cumplir los criterios predeterminados de la búsqueda en resultados basados en la evidencia pero cuyos resultados pueden ofrecer información válida y reciente sobre el tratamiento de la fase posterior al primer episodio. El estudio tiene por objetivo reducir el estrés familiar en el contexto de la fase posterior a la primera crisis. Para ello realizan un trabajo de evaluación de un tratamiento familiar con 91 familias de pacientes que han sufrido un primer episodio de esquizofrenia. Los resultados que mostraron fueron muy favorables a nivel de bienestar y calidad de vida.

Generalmente se hallan resultados favorables en los grupos que reciben TCC aunque existen diferencias entre los estudios respecto a la estabilidad temporal de los resultados encontrados.

5. Principales programas de intervención precoz en la esquizofrenia

Durante la última década, y con el auge de la intervención temprana en la esquizofrenia, se han puesto en marcha algunos servicios clínicos y grupos de investigación cuyas aportaciones científicas son cada vez más numerosas y sólidas.

Algunos de los más relevantes y pioneros son: el Centro de Prevención de Intervención Precoz para la Psicosis Temprana (EPPIC) en Australia, el Proyecto para la Identificación y Tratamiento Temprano de la Psicosis (TIPS) en Noruega y Dinamarca y el Servicio de Intervención Temprana de Birmingham y la Iniciativa para la Reducción del Impacto de la Esquizofrenia (IRIS) en Gran Bretaña.

Se trata de grandes proyectos dotados de importantes estructuras de servicios asistenciales y personal de investigación que generalmente están llevando a cabo intervenciones en base a una estrategia dual:

- a) A nivel social realizan intervenciones con la finalidad de reducir el estigma que supone padecer un trastorno psicótico y educar a la población en un correcto uso de los servicios. Paralelamente se han puesto en marcha subprogramas educativos y de entrenamiento a colectivos diana para la detección precoz de casos como por ejemplo los médicos de atención primaria, profesores u otros profesionales que están tienen un contacto directo con la población de riesgo y podrían desarrollar la tarea de detección y derivación.
- b) A nivel clínico se han establecido programas de intervención específicos para cada una de las fases de la psicosis precoz. Estos programas cobran sentido en la medida que

funciona correctamente el programa de intervención social anteriormente descrito ya que tras la detección de casos los servicios tienen que ser capaces de ofrecer la asistencia adecuada.

5.1. Componentes principales de los programas de intervención precoz.

Como bien aconsejan los pioneros de la intervención temprana (Edwards y McGorry, 2004), los servicios han de estar adaptados a la comunidad y a remolque de las necesidades de la misma. Es por este motivo por el que los servicios que han ido tomando iniciativas en esta línea tienen programas bastante heterogéneos, dependiendo de la sociedad, del sistema de salud y de los recursos comunitarios. No obstante, la mayoría de éstos tienen ingredientes comunes. A continuación desarrollaremos algunos de los componentes de algunos de los programas más importantes de intervención temprana en la psicosis.

a) Centro de Prevención de Intervención Precoz para la Psicosis Temprana (EPPIC)

El objetivo principal del programa EPPIC tiene como objetivo reducir el nivel de morbilidad en pacientes con psicosis precoz (Edwards y McGorry, 2004). Con esta finalidad se lleva a cabo la doble estrategia de identificación e intervención precoz de casos.

Los objetivos generales del programa son los siguientes:

- La identificación precoz y el tratamiento de los primeros síntomas de la enfermedad.
- Facilitar el acceso a los servicios y reducir la DUP.
- La reducción de la frecuencia y la gravedad de las recaídas.
- Reducir la morbilidad secundaria en la fase post-psicótica.
- Reducir el deterioro social y laboral durante el período crítico siguiente al inicio de la enfermedad.
- Promover el bienestar de la familia y reducir la sobrecarga familiar.

a.1) Componentes del EPPIC

El EPPIC está dotado de una serie de componentes de intervención que catalizan eficazmente los objetivos de la intervención a todos sus niveles.

- YAT: equipo móvil de evaluación y tratamiento.
- Proyecto Compass y Programa asociado a los médicos de atención primaria.
- Clínica PACE especialista en el tratamiento de la fase prodrómica.
- Una unidad de hospitalización de agudos con 16 plazas.
- Consultas externas.

- Servicio de atención a la familia.
- Un programa grupal.
- Clínica de recuperación prolongada.
 - TREAT: Equipo de valoración de la resistencia al tratamiento.
 - STOPP: Programa sistemático para los síntomas positivos persistentes.

b) El Proyecto para la Identificación y Tratamiento Temprano de la Psicosis (TIPS)

En la década de los 90 se lleva a cabo un estudio piloto en Noruega sobre la duración de psicosis no tratada en el que se detectan largos retrasos en la instauración de tratamientos (Larsen, Moe, Vibe-Hansen y Johannessen, 2000). Los datos de este estudio preliminar proporcionaron un terreno fértil para la instauración de programas de detección e intervención precoz en la esquizofrenia.

b.1.) Componentes del programa TIPS

El programa de detección e intervención TIPS incluye los siguientes componentes¹²:

- Educación extensiva al público en general sobre los signos precoces de la psicosis.
- Formación específica para profesores, juventud y médicos generales.
- Creación de equipos clínicos dedicados principalmente a la detección precoz de personas con primeros episodios no tratados.

El tipo de tratamiento terapéutico asienta sus bases en la psicoterapia de apoyo de orientación psicodinámica y de seguimiento activo; las pautas de tratamiento farmacológico son a dosis bajas y se trabajan sesiones familiares individuales y talleres para familiares centrados en la resolución de problemas y la psicoeducación.

¹² Los objetivos del programa de Identificación y Tratamiento Temprano para la Psicosis (TIPS) fueron expuestos por el Prof. Jan Olav Johannessen durante el X Curso Anual de Esquizofrenia ("Psicoterapias e Intervenciones Precoces en la Esquizofrenia") en su conferencia titulada "Intervenciones Precoces en primeros episodios psicóticos: lógica, estructura y resultados del programa escandinavo TIPS". Madrid (noviembre de 2004).

c) El Servicio de Intervención Temprana de Birmingham (EIS) en colaboración con la Iniciativa para la Reducción de del Impacto de la Esquizofrenia (IRIS).

Desde 1995 en Birmingham se instauró el Servicio de Intervención Temprana EIS en el marco de los servicios de un hospital psiquiátrico estatal en el que se atienden jóvenes con un primer episodio psicótico. El programa forma parte del Servicio Nacional de Salud Mental del norte de Birmingham¹³ y tiene como objetivos generales:

- Reducir la duración de psicosis no tratada (DUP).
- Acelerar la remisión sintomática.
- Reducir las reacciones personales adversas facilitando la reinserción socio-laboral de la persona.
- Evitar las recaídas y la resistencia al tratamiento.
- Garantizar la adherencia al tratamiento durante al menos 3 años.

c.1). Componentes del EIS

A fin de llevar a cabo la intervención precoz el servicio EIS pone en marcha una serie de recursos y colaboraciones con proyectos externos:

- Equipo de urgencias psiquiátrica y tratamiento domiciliario las 24 horas.
- Servicios de enlace y atención primaria.
- Seguimiento activo y servicios de recuperación y rehabilitación.
- Puesta en marcha de los protocolos de intervención
 - Dosis bajas de neurolépticos
 - Terapia cognitiva para delirios y alucinaciones
 - Terapia cognitiva para la mejora de la adaptación y la reducción de la comorbilidad.
 - Intervención psicosocial en el caso de que sea necesario (consumo de sustancias...)
 - Formación pre-vocacional.

¹³ Los objetivos del programa del Servicio de Intervención Temprana de Birmingham fueron expuestos por el Prof. Max Birchwood en la 1ª Reunión Nacional de Fases Tempranas de las Enfermedades Mentales: las psicosis, en su conferencia titulada " El Proyecto de Intervención Temprana en las Psicosis de Birmingham". Santander (noviembre de 2003).

- Colaboración con la Iniciativa para reducir el impacto de la esquizofrenia (IRIS)

Se trata de una iniciativa cuyo objetivo es promover la intervención precoz y mejorar la coordinación entre los servicios de atención primaria con los de salud mental.

d) Programa de Psicosis Precoz (EPP) Canadá

El programa canadiense, al igual que el noruego y el australiano, incluye también la estrategia dual de detección y tratamiento precoz canalizada a través de una serie de subprogramas que se detallarán a continuación.

d.1) Componentes del programa de psicosis precoz EPP

a) Detección precoz de casos:

- Programa PRIME (Prevención a través de la Identificación y Gestión de Riesgos). Se trata de un programa orientado a la detección de personas consideradas de riesgo inminente de desarrollar un trastorno psicótico.
- Programa *Juventud y Enfermedad*: es un proyecto de intervención precoz cuyo objetivo es aumentar la conciencia sobre la importancia de la intervención precoz en el contexto específico de la juventud. Para ello se divulga material educativo como folletos, videos etc.

b) Tratamiento precoz:

- En el momento de la detección del caso se realiza una asignación de psiquiatra y responsable de caso que llevará a cabo la evaluación, la intervención farmacológica y la terapia de apoyo.
- Se lleva a cabo terapia cognitiva para el tratamiento de la morbilidad secundaria y la reducción de síntomas psicóticos.
- Realización de grupos psicoeducativos
- Trabajo con las familias individualmente centrado en la educación sobre la enfermedad, las estrategias de afrontamiento, el entrenamiento en habilidades de comunicación, y en solución de problemas.

e) Programa de Prevención e Intervención Precoz para la Psicosis (PEPP)

El programa de prevención e intervención precoz para la psicosis PEPP, bajo una iniciativa más modesta que los que mantienen estrategias duales, se lleva a cabo en Londres, Ontario y Canadá. A continuación se describirán sus principales objetivos y componentes a fin de conocer el plan de intervención en las fases tempranas de la psicosis.

e. 1) Componentes del PEPP.

Los objetivos principales del PEPP son los siguientes:

- Ofrecer evaluación y tratamiento de los pacientes con un primer episodio psicótico.
- Promover estrategias diagnósticas y de intervención precoz.
- Realizar investigación sobre las fases tempranas de la psicosis.

Como componentes principales, el programa incluye un servicio ambulatorio y el acceso a una unidad de hospitalización de agudos. La intervención precoz consta de los siguientes elementos:

- Intervenciones grupales para tratar la fase aguda.
- Grupos de apoyo de entrenamiento en habilidades cognitivas.
- Intervención familiar:
 - Tres talleres psicoeducativos
 - Terapia familiar individual
 - Grupos de apoyo de familiares

f) Programa de Intervención Temprana para la Psicosis. El proyecto de Torrelavega

En los últimos dos años la unidad de salud mental de Torrelavega-Reinosa (Cantabria) ha adaptado y desarrollado un protocolo clínico-asistencial del cual se empiezan a obtener los primeros resultados de su impacto. Se trata de un programa también con una doble estrategia; la intervención social de detección de casos se lleva a cabo mediante la coordinación de los centros de atención primaria para después llevar a cabo la intervención clínica precoz¹⁴.

f.1.) Componentes del Programa de Intervención Temprana para la Psicosis

a) Intervención social de detección precoz:

- Talleres psicoeducativos para los médicos de atención primaria.
- Consulta joven

b) Intervención precoz:

¹⁴ El desarrollo del protocolo y los resultados preliminares fueron desarrollados por el Dr. Oscar Vallina durante el X Curso Anual de Esquizofrenia ("Psicoterapias e intervenciones precoces en la esquizofrenia") en su conferencia titulada "Intervención temprana en psicosis: la experiencia de Torrelavega. Madrid (noviembre, 2004).

- Servicio de evaluación. En función de los resultados los pacientes pueden entrar a participar en alguno de los tres programas siguientes:
 - EMAR (Estados mentales de alto riesgo con síntomas inespecíficos y antecedentes familiares). A este grupo se le aplican tratamientos cognitivo-conductuales específicos desde la Unidad de Salud Mental (USM).
 - EMAR (Estados mentales de alto riesgo). El tratamiento en este grupo se enmarca en la intervención farmacológica más la terapia cognitivo conductual llevada a cabo desde la USM.
 - Primeros Episodios Psicóticos: el tratamiento en este tercer grupo se realiza desde la unidad de hospitalización de agudos y como ingredientes terapéuticos están: el tratamiento farmacológico y la intervención psicoeducativa y familiar (COPE-STOPP).

Después de la exposición de los principales programas desarrollados en diversos países, cabe señalar que en la actualidad podríamos contar con unos 76 programas de intervención temprana aproximadamente a nivel mundial. Algunos de ellos dentro del sistema público de salud de la zona, otros como servicio independiente y especializado.

En la tabla 12 se presentan los programas y servicios registrados de intervención precoz en la esquizofrenia a nivel mundial:

Tabla 12

Programas y servicios de intervención precoz en la esquizofrenia a nivel mundial

Países	Programa y ciudad
Canadá	
British Columbia	<ul style="list-style-type: none"> • EP Initiative of British Columbia • EPIVMHC, Victoria • Vancouver • EPIP, White Rock
Alberta	<ul style="list-style-type: none"> • EPT y PP, Calgary
Saskatchewan	<ul style="list-style-type: none"> • EIPP, Saskatoon
Ontario	<ul style="list-style-type: none"> • PEPP, London • FEPP, Toronto • Psychotic Disorders U, Hamilton • FEPP, Ottawa • KPPyTP, Kingston

Quebec	<ul style="list-style-type: none"> • Levis • Montreal • Quebec ciudad
Newfoundland	<ul style="list-style-type: none"> • N y L EPP
Nova Scotia	<ul style="list-style-type: none"> • NSEPP • Halifax
Estados Unidos	
Oregon	<ul style="list-style-type: none"> • Early Assessment y Support Team (EAST), Salem
California	<ul style="list-style-type: none"> • UCLA, Ventura
Maine	<ul style="list-style-type: none"> • PIER Service
New Haven	<ul style="list-style-type: none"> • PRIMHE
Pittsburg	<ul style="list-style-type: none"> • EI program
Carolina del Norte	<ul style="list-style-type: none"> • FEP y Prodrome Studies
Nueva Zelanda	
Auckland	<ul style="list-style-type: none"> • EPI Centre • Kari Centre • Taylor Centre • Manaaki CMHT – FEP • St Lukes FEP • Hartford House EPI • Campbell team Lodge EI team
Wellington	<ul style="list-style-type: none"> • Wellington EI service
Christchurch	<ul style="list-style-type: none"> • Tatara House EIP service
Dunedin	<ul style="list-style-type: none"> • Aspiring House EI service
Australia	
Western Australia	<ul style="list-style-type: none"> • First Psychosis Liaison Unit, • Bentley • EPOES, Fremantle • EEPP, Rockingham/Kwinana
South Australia	<ul style="list-style-type: none"> • Noarlunga EP Program
Queensland	<ul style="list-style-type: none"> • Uni of Brisbane studies
New South Wales	<ul style="list-style-type: none"> • YPPI service, Gosford • EP program, Marouba • EP program, North Sydney • EPIP-SWAHS, Liverpool • EPIC, Penrith • Western Sydney FEPP
Victoria	<ul style="list-style-type: none"> • EPPIC • Dandenong • EP Program, Alfred Hosp. • Central East EP Project
Asia	
Hong Kong	<ul style="list-style-type: none"> • EASY

Singapore	<ul style="list-style-type: none"> • EPIP
Suiza	
Basilea	<ul style="list-style-type: none"> • FEPSY
Ginebra y Zurich	<ul style="list-style-type: none"> • Swiss Early Psychosis Project SWEPP
Alemania	
Dusseldorf	<ul style="list-style-type: none"> • RCT of psychological Rx in FEP
Colonia	<ul style="list-style-type: none"> • Cologne early Recognition study
Bonn	<ul style="list-style-type: none"> • Prodrome Rx
Heidelberg	<ul style="list-style-type: none"> • Heidelberg Early Adolescent y Adult Recognition y Therapy Centre for Psychosis (HEART) EI service
Austria	
Viena	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescent EI program at University. Hospital de Viena
Escandinavia	
Noruega	<ul style="list-style-type: none"> • TIPS - Roskilde/Stravanger • UNA-projektet, Oslo • EOP, Skien
Suecia	<ul style="list-style-type: none"> • Parachute Project (1.5 M), Stockholm • Sodertalja Psykiatriska Sektor, Sodetalje • TUPP Project, Stockholm (<i>Cleland</i>)
Filandia	<ul style="list-style-type: none"> • Turku: Detection of early Psychosis project
Reino Unido e Irlanda	
Inglaterra	<ul style="list-style-type: none"> • North Birmingham EI service • LEO y OASIS service • Plymouth service • Manchester • Tower Hamlets • ETHOS • COAST • Sheffield EI service • STEPS, Poole
Edinburgo	<ul style="list-style-type: none"> • Edinburgh High Risk study
Dublin	<ul style="list-style-type: none"> • DELTA

No obstante, muchos de estos programas han reproducido modelos de intervención temprana de los países pioneros, otros han adaptado los programas y los servicios a su comunidad y algunos han creado programas específicos y novedosos en muchos niveles de intervención de la persona que sufre una psicosis incipiente o un primer episodio de esquizofrenia.

La tabla 13 presenta los ingredientes principales de los diferentes programas, además de describir brevemente aquellos programas que han sido diseñados específicamente por los equipos de atención precoz.

Tabla 13
Programas y componentes de intervención temprana en la esquizofrenia

País	Programas	Fase prodrómica	Evaluación	Educación	Manejo síntomas	Farmacológico	Psicosocial	Investigación	Counselling	Grupos de familias	Primer episodio	Educación	Grupo de familias	TBC Individual	Investigación	Terapia de grupo	Terapia familiar	Programa específico	Componentes diferenciales de los programas específicos
Estados Unidos																			
California	CAPPS	x	x	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PART	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-
	EDAPT	x	x	-	-	x	x	x	-	-	x	x	-	x	-	-	-	-	EDAPT
Connecticut	PRIME	x	x	x	x	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maine	PIER	x	x	x	-	x	x	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Masachusetts	FEPP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	-	x	-	-
	PREP	x	x	x	x	x	x	x	x	-	x	x	x	x	x	-	x	PREP	<ul style="list-style-type: none"> Trabajo con la motivación y la autoestima. Trabajo neurocognitivo Terapia familiar
Michigan	STEP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	x	x	x	-	STEP	<ul style="list-style-type: none"> Todos los tratamientos son grupales
Nueva York	LSCR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	x	-	x	x	-	-	-
	RAP	x	x	x	x	x	x	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Carolina Norte	PRIME	x	x	x	x	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

<i>País</i>	<i>Programas</i>	<i>Fase prodrómica</i>	<i>Evaluación</i>	<i>Educación</i>	<i>Manejo síntomas</i>	<i>Farmacológico</i>	<i>Psicosocial</i>	<i>Investigación</i>	<i>Counselling</i>	<i>Grupos de familias</i>	<i>Primer episodio</i>	<i>Educación</i>	<i>Grupo de familias</i>	<i>TBC Individual</i>	<i>Investigación</i>	<i>Terapia de grupo</i>	<i>Terapia familiar</i>	<i>Programa específico</i>	<i>Componentes diferenciales de los programas específicos</i>
▪ Oregon	EAST	x	x	x	x	x	x	x	-	-	x	x	-	x	x	-	x	-	Basado en las directrices del EPPIC y el manejo de la COPE para primeros episodios
<i>Canada</i>																			
▪ Ontario Ottawa	FEPP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	-	x	-	x	-	-
▪ London-Ontario	PEPP	x	x	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	PEPP	Integra módulos de intervención para el manejo de medicación, intervenciones psicosociales individuales, grupales y familiares también individuales y grupales. Programas específicos para el fomento de actividades (RAP), habilidades sociales (COST), y psicoeducativas (YES)
▪ Quebec	PEPP	x	x	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	x	x	-	x	-	-
▪ Bristish Columbia	EPIP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	x	x	x	x	-	-
	EPI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	x	-	x	x	-	-
▪ Newfoundland	IPPS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	-	-

<i>País</i>	<i>Programas</i>	<i>Fase prodrómica</i>	<i>Evaluación</i>	<i>Educación</i>	<i>Manejo síntomas</i>	<i>Farmacológico</i>	<i>Psicosocial</i>	<i>Investigación</i>	<i>Counselling</i>	<i>Grupos de familias</i>	<i>Primer episodio</i>	<i>Educación</i>	<i>Grupo de familias</i>	<i>TBC Individual</i>	<i>Investigación</i>	<i>Terapia de grupo</i>	<i>Terapia familiar</i>	<i>Programa específico</i>	<i>Componentes diferenciales de los programas específicos</i>
<i>Australia</i>																			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ New South Wales ▪ Victoria ▪ Australia del Sur 	YPII EP EPIC EPIP EPPIC FEPP	x	x	x	x	x	x	x	-	x	x	x	x	x	x	x	x	COPE	Cognitive Oriented Psychotherapy for First Episode Psychosis. Programa especial para el tratamiento y el abordaje psicológico del primer episodio y la fase inicial. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajo cognitivo ▪ Trabajo con la identidad ▪ Trabajo con la patología comorbida
<i>Nueva Zelanda</i>																			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Christchurch 	EIPS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	-	-	-	-	-	-
<i>UK e Irlanda</i>																			
Dublin	DELTA	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Birmingham	EIS	x	x	x	x	x	x	x	-	-	x	x	-	x	x	-	x	CBT	Terapia Cognitiva para el manejo del primer episodio y el trabajo en el periodo crítico. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alianza terapéutica ▪ Foco en la intervención psicológica y en el mantenimiento de roles ▪ Trabajo con la autoestima
Londres	STEP	x	x	x	-	x	x	x	-	-	x	x	-	x	x	-	x	CBT	-
Lambeth	LEO	x	x	x	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-	x	-	-	CBT	-

<i>País</i>	<i>Programas</i>	<i>Fase prodrómica</i>	<i>Evaluación</i>	<i>Educación</i>	<i>Manejo síntomas</i>	<i>Farmacológico</i>	<i>Psicosocial</i>	<i>Investigación</i>	<i>Counselling</i>	<i>Grupos de familias</i>	<i>Primer episodio</i>	<i>Educación</i>	<i>Grupo de familias</i>	<i>TBC Individual</i>	<i>Investigación</i>	<i>Terapia de grupo</i>	<i>Terapia familiar</i>	<i>Programa específico</i>	<i>Componentes diferenciales de los programas específicos</i>
<i>Asia</i>																			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Singapore ▪ China ▪ Hong Kong ▪ India ▪ Indonesia ▪ Japon ▪ Malasia 	EPIP The Asian Network of Early Psychosis	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	Las adaptaciones del programa EPIP las características culturales de Singapore
<i>Alemania</i>																			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colonia ▪ Dusseldorf ▪ Bonn ▪ Mannheim ▪ Viena (Austria) 	HEART	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	x	x	x	-	HEART	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia específica para el abordaje psicológico de la fase prodrómica durante 70 sesiones para el tratamiento de los síntomas atenuados, la ansiedad y los síntomas depresivos. Incluye también abordaje específico de la familia ▪ Terapia cognitiva para la prevención de recaídas basada en un entrenamiento de estimulación de funciones neuropsicológicas ▪ Terapia cognitiva específica para el tratamiento de los síntomas y el impacto emocional. Incluye CBT, entrenamiento en reconocimiento de emociones y entrenamiento en inteligencia emocional

<i>País</i>	<i>Programas</i>	<i>Fase prodrómica</i>	<i>Evaluación</i>	<i>Educación</i>	<i>Manejo síntomas</i>	<i>Farmacológico</i>	<i>Psicosocial</i>	<i>Investigación</i>	<i>Counselling</i>	<i>Grupos de familias</i>	<i>Primer episodio</i>	<i>Educación</i>	<i>Grupo de familias</i>	<i>TBC Individual</i>	<i>Investigación</i>	<i>Terapia de grupo</i>	<i>Terapia familiar</i>	<i>Programa específico</i>	<i>Componentes diferenciales de los programas específicos</i>
<i>Brasil</i>																			
▪ Sao Paolo	ASAS	x	x	x	x	x	-	x	-	x	x	x	x	-	x	-	x	-	-
<i>Francia</i>																			
▪ Paris	PREPSI	x	x	x	-	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Noruega</i>																			
Roskilde Stravanger	TIPS	x	x	x	x	x	x	x	-	x	x	x	x	-	x	-	x	TIPS	Programa TIPS para el abordaje del paciente durante la fase prodrómica. Incluye psicoterapia de apoyo y abordaje familiar en grupos de familias, terapia familiar individual y <i>workshops</i> educativos para las familias.
<i>Noruega</i>																			
Turku	DEEP	x	x	x	x	x	x	x	-	-	x	x	-	-	x	-	x	DIALOGOS ABIERTOS	Abordaje específico para primeros episodios basados en la terapia de Dialogo Abierto. Hace énfasis en la importancia de la flexibilidad, la responsabilidad, la continuidad del trabajo psicológico y en el ayudar al paciente a tolerar la incertidumbre.

<i>País</i>	<i>Programas</i>	<i>Fase prodrómica</i>	<i>Evaluación</i>	<i>Educación</i>	<i>Manejo síntomas</i>	<i>Farmacológico</i>	<i>Psicosocial</i>	<i>Investigación</i>	<i>Counselling</i>	<i>Grupos de familias</i>	<i>Primer episodio</i>	<i>Educación</i>	<i>Grupo de familias</i>	<i>TBC Individual</i>	<i>Investigación</i>	<i>Terapia de grupo</i>	<i>Terapia familiar</i>	<i>Programa específico</i>	<i>Componentes diferenciales de los programas específicos</i>
<i>España</i>																			
Torrelavega	Programa Intervención Temprana	x	x	x	x	x	x	x	-	-	x	x	-	x	x	-	x	-	Adaptación de los protocolos de intervención COPE y STOOP
Madrid	Estudio de terapia grupal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-	x	x	x	TERAPIA GRUPAL INTEGRADA	Focalizada en la psicoeducación, la adherencia al tratamiento, el fomento del rol activo del paciente, trabajar el estigma y la patología comórbida
Barcelona (Mataro)	PIPE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	x	x	-	x	PIPE	Terapia psicológica adaptada al abordaje integrado del primer episodio y la fase inicial. Focalizada en el tratamiento de las emociones reactivas al impacto de la enfermedad, además del abordaje de los síntomas, las recaídas, la adherencia al tratamiento y el abordaje de la familia.

Como se puede observar en la tabla 13, no todos los programas de intervención temprana realizan una intervención en la fase prodrómica, así como no todos realizan intervención en el primer episodio y la fase posterior. Algunos de ellos están consolidados y están en funcionamiento desde hace más de una década; otros por su parte se iniciaron durante los últimos cinco años y forman parte de iniciativas de servicios, sobre los cuales todavía tenemos pocos datos.

Por otro lado, podemos observar como algunas de estas iniciativas han sugerido nuevas formas de intervenir, probablemente inspiradas en los protocolos de intervención pioneros, pero quizá sugiriendo nuevas líneas o ingredientes. Buen ejemplo de ello son las intervenciones psicológicas del programa HEART en Alemania, o del programa PEPP de Canadá, la COPE en Australia o la terapia cognitiva desarrollada por el EIS de Gran Bretaña.

A propósito de los programas y su desarrollo específico, presentamos la segunda parte de este trabajo que se centra en el diseño y la evaluación del programa PIPE de intervención psicoterapéutica en el primer episodio y la fase posterior llevada a cabo en el Servicio de Psiquiatría de Mataró (Consorti Sanitari del Maresme) en Barcelona.

Parte primera: Marco conceptual de la intervención precoz

Capítulo cuarto: la intervención motivacional

Conceptualización del término

La importancia del estilo del terapeuta

Los principios de la intervención motivacional

Estudios sobre intervenciones motivacionales en la esquizofrenia

Capítulo cuarto: Las intervenciones motivacionales.

*A veces caes en un mar de negación y apatía continua
y no sabes como encenderte de nuevo.*

D.V. (23 de mayo de 2004)

1. Introducción

En los últimos 15 años han aumentado notablemente los trabajos sobre cómo motivar a las personas en el marco de la intervención terapéutica. Sobre las bases teóricas de la entrevista motivacional (EM) (Miller y Rollnick, 1991), los investigadores han diseñado y evaluado la efectividad de sus intervenciones motivacionales con los pacientes psicóticos. A la luz de los trabajos publicados, se sabe que el principal interés de los clínicos en este ámbito ha sido el tratamiento del abuso de sustancias y en la adherencia al tratamiento.

En la esquizofrenia, el abuso de sustancias y la dificultad para vincularse al tratamiento (farmacológico y psicoterapéutico), son dos de las principales dificultades con las que se ha de lidiar durante el abordaje del paciente (Bellack y Diclemente, 1999; Tsuang y Fong, 2004); de hecho, la motivación es un prerrequisito sin el cual la intervención del clínico no tendría gran efectividad.

En la actualidad, los investigadores en el ámbito de los trastornos psicóticos están empezando a abrir una nueva línea de investigación sobre la efectividad de tratamientos en la que la entrevista motivacional juega un papel importante y matizado, haciendo que la intervención con este tipo de pacientes esté teñida de nuevos ingredientes.

La revisión de la literatura en este plano nos proporciona un terreno fértil para poder realizar el estado actual del tema en este campo. En 25 años de publicaciones se han hallado 33 trabajos en los que se aplican técnicas motivacionales con pacientes psicóticos, 15 de los cuales fueron ensayos clínicos, 2 metaanálisis y una revisión sistemática¹⁵.

La mayoría de trabajos intentan evidenciar la efectividad de las intervenciones motivacionales o integradas sobre la adherencia al tratamiento de las personas que padecen un trastorno

¹⁵ Se realizó una búsqueda por cinco bases de datos: MEDLINE, PsychoInfo, Mimas, Science Direct y Psycodoc en la que se cruzaron como palabras clave *motivational interviewing* AND *psychotic disorder* OR *Schizophrenia*, desde enero de 1980 hasta diciembre de 2006.

psicótico (Coffey, 1999; Gray, Robson y Bressington, 2002; Hayward, Chan, Kemp y Youle, 1995; Kemp, Kirov, Everitt, Hayward y David, 1998; Randall *et al.*, 2002; Rusch y Corrigan, 2002; Swanson, Pantalón y Cohen, 1999; Walitzer, Dermen y Connors, 1999; Zygmunt, Olfson, Boyer y Mechanic, 2002) o el tratamiento del abuso de sustancias (Baker *et al.*, 2002a; Baker *et al.*, 2002b; Barrowclough *et al.*, 2001; Bellack y Diclemente, 1999; Brown *et al.*, 2003; Etter, Mohr, Garin y Etter, 2004; Graeber, Moyers, Griffith, Guajardo y Tonigan, 2003; Haddock *et al.*, 2003; Kavanagh *et al.*, 2004; Martino, Carroll, O'Malley y Rounsaville, 2000; Martino, Carroll, Kostas, Perkins y Rounsaville, 2002; Pantalón y Swanson, 2003; Steinberg, Ziedonis, Krejci y Brandon, 2004; Tsuang *et al.*, 2004; Van Horn y Bux, 2001; Zhang, Harmon, Werkner y McCormick, 2004).

Respecto al tipo de intervención motivacional que se describe en la literatura, se observan diferencias de contenido y logísticas notables como así lo confirma una reciente revisión cuyos autores atribuyen estas dificultades en el planteamiento a la heterogeneidad de sus resultados (Bechdolf *et al.*, 2005). En este sentido, la revisión de la literatura en términos comparativos tendrá importantes limitaciones. Se trata de una línea poco estudiada a nivel de intervención en la que podemos encontrar directrices, sobretudo en los trabajos pioneros como el de Miller y Rollnick (1991), pero no manuales de intervención motivacional en los trastornos psicóticos. Esta falta de manualización en este tipo de intervención hace que se haga difícil en la actualidad extraer conclusiones firmes de las revisiones.

2. Conceptualización del término

La conceptualización del término "intervención motivacional" es uno de los aspectos fundamentales a abordar para evitar confusiones en la forma y el contenido de lo que supone dicha modalidad terapéutica.

A menudo podemos observar como algunos autores describen la intervención motivacional como una tipología de abordaje en el trastorno psicótico que puede ser indicada en el más puro estado o integrada como un módulo más en una intervención más completa en la que se pueden combinar la terapia familiar, el entrenamiento en habilidades sociales, la terapia de resolución de problemas, la psicoeducación o los abordajes grupales (Kemp, Kirov, Everitt, Hayward y David, 1998; Swanson, Pantalón y Cohen, 1999; Bellack y Diclemente, 1999; Barrowclough *et al.*, 2001; Haddock *et al.*, 2003; Tsuang *et al.*, 2004).

En contrapartida, otros trabajos presentan diseños en la categoría de ensayos clínicos para evaluar la efectividad de las intervenciones motivacionales aplicadas en comparación con otras modalidades terapéuticas como el estudio de Graeber (2003) en el que se compara un grupo que recibe EM con otro análogo que recibe terapia psicoeducativa. Otros estudios comparan la EM con grupos controles (Baker *et al.*, 2002), o con sesiones informativas a los pacientes (Brown *et al.*, 2003; Steinberg, Ziedonis, Krejci y Brandon, 2004).

Como se puede observar nos encontramos ante una multiplicidad de trabajos de gran calidad metodológica pero con conceptualizaciones de la intervención motivacional distintas y abordadas desde diferentes perspectivas.

Según los pioneros de esta prometedora modalidad de intervención se podría definir la entrevista motivacional es un estilo de intervención directivo y centrado en el paciente que persigue el objetivo de promover cambios de comportamiento ayudando a la persona a explorar y resolver la propia ambivalencia (Rollnick y Miller, 1995).

Las intervenciones motivacionales se basan en el modelo transteórico de las etapas del cambio (Prochaska y Diclemente, 1992) y ofrecen una perspectiva fresca en el marco de la relación profesional-paciente, además de un paquete de estrategias y técnicas que pueden ser efectivas en los procesos de recuperación de la persona.

Por tanto, la entrevista motivacional no es un conjunto de técnicas para aconsejar, ni forma parte de un módulo de intervención incompatible con los modelos teóricos en psicología. Se trata de una manera de ser con el paciente, de un estilo terapéutico concreto que facilita una atmósfera adecuada para el cambio y ofrece un *setting* apropiado para la utilización de herramientas y estrategias que el clínico puede utilizar durante el peregrinaje que realizará acompañando al paciente por los distintos estadios del cambio. Este conjunto de estrategias enmarcadas en un estilo humanista, directivo y centrado en la persona, pueden perfectamente ser acompañadas una amplia variedad de estrategias psicoterapéuticas ya muy frecuentemente utilizadas, en función del objetivo terapéutico (técnicas de resolución de problemas, técnicas de reestructuración cognitiva, terapia familia etc.).

3. La importancia del estilo del terapeuta en la relación con el paciente

Gran parte de la responsabilidad en la efectividad de las intervenciones motivacionales la tiene el estilo del profesional que la lleva a cabo. Tanto es así que los pioneros de la EM lo han descrito como *el espíritu motivacional* (Rollnick *et al.*, 1995) para referirse a ese modo de relacionarse con el paciente. Estos autores describen 7 principios básicos sobre los que se sustenta *el citado espíritu motivacional*¹⁶.

1. La motivación para el cambio la desarrolla el cliente, no impuesta por el profesional. El clínico identifica los valores intrínsecos del cliente que estimulan los cambios de conducta.
2. Es tarea del cliente y no del clínico articular y resolver su propia ambivalencia. La tarea del profesional es facilitar la expresión (verbalización) de la ambivalencia y acompañarlo en el proceso de resolución.
3. La persuasión directa no es el mejor método para ayudar a resolver la ambivalencia. Es tentador ofrecer ayuda y soluciones pero esta actitud generalmente produce resistencias reduciendo la posibilidad de cambio.
4. En el estilo motivacional el profesional es generalmente silencioso. El paciente trabaja mucho más mediante la comunicación verbal.
5. El profesional es directivo en el momento de ayudar al paciente a identificar y a resolver la ambivalencia. No trata de ayudar a desarrollar habilidades de afrontamiento (aunque las técnicas no son incompatibles), sino que se ocupará de utilizar estrategias para provocar la ambivalencia, clarificarla y resolverla en un marco de respeto y aceptación incondicional.
6. La preparación para el cambio no es un rasgo del cliente, es un producto de la interacción interpersonal con el profesional. Las resistencias de los pacientes son a menudo fruto de intervenciones (verbales y no verbales) del clínico.
7. La relación terapéutica es de colaboración entre expertos (profesional-paciente) no de experto a paciente (con toda la connotación pasiva que comporta). El profesional respeta la autonomía del paciente y la libertad de elegir asumiendo las consecuencias respecto al propio comportamiento.

¹⁶ Principios adaptados de Rollnick, S. y Miller, W. (1995). What is IM? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23,325-334

Desde esta perspectiva, el estilo terapéutico de la intervención motivacional está en equilibrio con la filosofía humanista¹⁷ (Rogers, 1986) y una manera de entender los mecanismos de cambio de las personas. Sería pues un buen eje vertebrador sobre el cual entretejeríamos los programas de intervención con los pacientes.

El terapeuta, durante su intervención, busca que la persona se posicione y vaya acumulando razones para poner en marcha actitudes o comportamientos más funcionales, aumentando su compromiso y determinación; de este modo podrá resistir el sufrimiento psicológico que comporta todo cambio (Cebrià y Bosch, 2000).

4. Principios de las intervenciones motivacionales.

La EM se sustenta en los siguientes principios teóricos descritos por Miller y Rollnick (1991) sobre los cuales se articularán las técnicas pertinentes.

- *Expresar empatía:* La respuesta empática es una habilidad bien definida que se adquiere con entrenamiento y permite comprender y aceptar lo que el otro expresa (Bosch y Cebrià, 1999a). El profesional transmite de manera verbal o no verbal su aceptación, comprensión y respeto incondicional por el paciente sin necesidad de simpatizar con él.
- *Desarrollar discrepancia:* el profesional persigue que el paciente identifique o sea consciente de la distancia existente entre "lo que hace y lo que le gustaría hacer". La tarea del profesional aquí sería aumentar el nivel de conflicto, trabajar el sistema de valores del paciente y las emociones que generan la incomodidad (Cebrià y Bosch, 1999b). Este último aspecto es el principal motor de cambio.
- *Evitar argumentaciones:* cuanto más intentamos convencer a alguien sobre la utilidad de un cambio y sus consecuencias positivas, más despertamos la reactancia psicológica y generando resistencias en el paciente. La reactancia emerge cuando la persona tiene la sensación de que su capacidad de elección está limitada (Bosch y Cebrià, 1999b).
- *Trabajar las resistencias:* la mejor herramienta para trabajar las resistencias es evitar que aparezcan, aunque algunas veces emergen sin que el clínico haya intervenido de

¹⁷ Hace referencia a la filosofía humanista de Carl Rogers: **"El terapeuta centrado en el paciente necesita ofrecer tres características decisivas para facilitar el cambio: empatía, calidez emocional y autenticidad"**. Carl Rogers (1986).

manera inapropiada. Las resistencias forman parte de cualquier proceso natural de cambio pero es interesante tener estrategias para manejarlas. Algunas de estas son:

- a) *Empatía*: La principal estrategia de manejo de resistencias es la expresión verbal y no verbal de empatía. Cuando el paciente se siente comprendido de manera auténtica es más probable que pueda relajarse y disminuir su estado de alerta frente a la intervención del terapeuta. Para ello una herramienta útil es la escucha reflexiva.
 - b) *Paradoja*: muchas veces las resistencias aparecen como una reacción natural de reactancia psicológica. La técnica de la paradoja utiliza esta reactancia a la inversa, a favor del "no cambio" con el objetivo de que la persona reaccione en contraposición buscando activamente el cambio por sí mismo.
 - c) *La exploración de creencias*: la mayoría de veces las resistencias están adheridas al sistema de creencias de las personas. Es muy difícil promover un cambio si éste muestra incongruencias con el propio sistema de creencias. Por este motivo ante las resistencias suele resultar de utilidad explorar dicho sistema, preguntar al paciente que opina sobre determinadas cosas y señalar, si se considera necesario, cualquier distorsión que este manteniendo los constructos. El objetivo es desactivar aquellas creencias que bloquean los procesos de cambio y dificultan el trabajo terapéutico. Para ello puede resultar útil *la reconversión de ideas*.
 - d) *La reconducción por objetivos*: se trata de una estrategia que puede ser utilizada cuando el paciente evita algunos temas y da rodeos constantemente bloqueando los procesos de comunicación. Siempre que el clínico considere oportuno intervenir directamente sobre el síntoma, puede utilizar esta estrategia para afrontar la resistencia.
 - e) *Doble pacto*: es una estrategia de negociación con el paciente que puede ser utilizada en caso que la resistencia este activada por una necesidad del paciente vinculada al proceso de cambio.
- *Fomentar y reforzar la sensación de autoeficacia*: La autoestima de la persona, *locus* de control interno y la creencia de que se puede cambiar es un potente motor de iniciación y mantenimiento de cambios. Las experiencias previas reforzarán esta capacidad pero el papel del clínico es vital en este aspecto en el sentido de que debe fomentar esta sensación reforzando todos los pequeños comportamientos de la persona que denoten control sobre las propias conductas positivas. La sensación de éxito que es reforzada por

alguien con quien mantenemos una relación terapéutica generará un terreno fértil para la iniciación de conductas de cambio.

4.1. Modelo de estadios de cambio

Sobre estos principios básicos se inicia el peregrinaje por los distintos estadios de cambio descritos por Prochaska y DiClemente (1992) a través de los cuales se puede detectar, además del momento es el que se halla la persona de su proceso, una actitud mental diferente respecto a la ejecución que experimenta.

En el estadio **precontemplativo** la persona no identifica ningún problema en su conducta o actitud y por tanto no verbaliza espontáneamente ni un ápice de ambivalencia. En cambio, cuando el individuo se halla en la fase **contemplativa** se pueden observar indicadores, verbales o no verbales, de duda o ambivalencia ("el sí... pero..."). Cuando la persona ha trabajado su propia ambivalencia y se posiciona, pasa al estadio de **determinación**. En este momento es cuando la persona decide intentar un cambio y comienza a planificar la manera de llevarlo a cabo que se ejecutará en la siguiente fase de **cambio activo**. En este punto del proceso el individuo concentra sus energías en **mantener el cambio** y consolidarlo. Si esto último ocurre, sus esfuerzos habrán resultado exitosos, y por lo tanto el paciente sale del círculo. Si por el contrario, si nos encontramos ante una **recaída**, el paciente vuelve a entrar en la rueda del cambio, iniciando de nuevo el proceso de aumentar la motivación pasando por los diferentes estadios otra vez.

Afortunadamente, muchas personas realizan el proceso de cambio de una manera autónoma y con éxito. Sin embargo, en los pacientes que necesitan ayuda, el terapeuta debe actuar como facilitador del avance por los diferentes estadios, valorando sus dificultades y sus recursos, para acompañarles en su peregrinaje hacia el éxito.

Sin embargo existen algunas especificidades de la aplicación de la intervención motivacional en el paciente esquizofrénico debido al tipo de trastorno que presentan y las consecuencias clínicas y psicosociales que se derivan de la enfermedad. Es por este motivo por el que se hace necesario adaptar las estrategias motivacionales a las especificidades de la comunicación con el paciente esquizofrénico (ver tabla 14) (Palma, Cebrià, Farriols, Cañete y Muñoz, 2005).

Tabla 14.

Estrategias motivacionales generales y específicas en la esquizofrenia

Estadios	Objetivos	Estrategias generales	Estrategias recomendadas en la esquizofrenia.
Pre-contemplación	Detectar y provocar ambivalencias. Detectar y trabajar las resistencias.	<ul style="list-style-type: none"> •Técnicas de apoyo narrativo. •Técnicas para trabajar las resistencias 	<ul style="list-style-type: none"> •Escucha reflexiva •Resúmenes •Técnicas para incrementar ambivalencia (decisión balanceada y provocar elaboración) de forma paulatina
Contemplación	Aumentar la disonancia cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> •Técnicas de apoyo narrativo. •Técnicas para trabajar las resistencias •Técnicas para incrementar ambivalencia 	<ul style="list-style-type: none"> •Escucha reflexiva •Resúmenes •Técnicas para incrementar ambivalencia (decisión balanceada y provocar elaboración, paradoja) de forma paulatina
Determinación	Facilitar que verbalice el compromiso Ayudar a la elección de la estrategia a seguir Elaborar un plan de acción conjunto.	Escucha reflexiva Resúmenes Preguntas activadoras de elaboración del <i>planning</i>	
Acción	Apoyar el sentimiento de autoeficacia	Resúmenes Feedback Reestructuración positiva Refuerzos	
Mantenimiento	Apoyar el sentimiento de autoeficacia. Prevención de recaídas	Identificación conjunta de situaciones de riesgo y elaboración de estrategias para afrontarlas	
			Técnicas cognitivas de detección de pensamiento, desviación de la atención, restricción de la atención y autoafirmación.
Recaída	Aumentar la autoeficacia Reconstrucción positiva de la recaída.	Reestructuración positiva Técnicas de apoyo narrativo Trabajar las emociones de rabia, frustración y ansiedad que se producen en esta fase.	

Nota: Adaptado de Palma, C., Farriols, N., Cebrià, J., Cañete, J. y Muñoz, E. (2005). La intervención motivacional en el paciente esquizofrénico. *Psiquis, 26*, 109-120.

Durante el tránsito por los diferentes estadios, el terapeuta ha de utilizar las estrategias pertinentes para facilitar el cambio de fase y acompañar al paciente hasta el mantenimiento exitoso de la conducta. La experiencia clínica pone de manifiesto que los pacientes que padecen esquizofrenia tienen más dificultades para realizar cambios tanto de actitud como de hábitos. Mientras que un paciente que no padece ningún trastorno psicótico daría tres vueltas a la rueda del cambio antes de consolidar un hábito, probablemente un paciente que sufre esquizofrenia, iniciaría el proceso más veces. Por eso es tan importante la reconversión de ideas respecto al concepto de **recaída**. El modelo circular de Prochaska y DiClemente (1992) remarca que la recaída es un paso más hacia el éxito y no un fracaso. En el trabajo con pacientes esquizofrénicos es necesario hacer hincapié en este aspecto en el marco de la aceptación incondicional, ya que el tiempo estimado para consolidar una conducta puede ser prolongado. Es imprescindible reconstruir positivamente la recaída y ayudar al paciente a renovar el proceso lo antes posible, sin dejarlo estancado en esta fase.

En el estadio **precontemplativo** la tarea fundamental es detectar las ambivalencias y, si no las hay, provocarlas. Un paciente que se sitúa en esta etapa puede necesitar información y retroalimentación para que pueda aumentar su conciencia de problema y que inicie a vislumbrar la posibilidad de cambio. En este punto en que da información, el terapeuta ha de estar atento a la aparición de resistencias (verbales y no verbales) para reconocerlas y trabajarlas. Suele hacer uso de las técnicas de apoyo narrativo y las técnicas para incrementar la ambivalencia citadas anteriormente.

En el caso de los pacientes que padecen esquizofrenia, es importante utilizar frecuentemente las técnicas de apoyo narrativo, especialmente los resúmenes. Dado que estos pacientes tienen dificultades en el nivel de atención y de concentración durante la entrevista, es importante apoyar su discurso resumiendo, a veces de forma repetida, y reflejando las ambivalencias que manifiesta de manera verbal y no verbal. Esto ayudará a que el paciente perciba que se le está escuchando activamente, además de canalizar los posibles bloqueos en el curso del pensamiento que suelen ser frecuentes en la enfermedad.

En la utilización de los señalamientos emocionales han de ser utilizados con delicadeza, evitando señalamientos demasiado incisivos, ya que el paciente esquizofrénico es especialmente sensible a lo emocional. Del mismo modo el manejo de los silencios durante la

entrevista han de gestionarse cuidadosamente ya que, los silencios funcionales que suelen permitir la elaboración de nuestras intervenciones, a menudo pueden convertirse en bloqueos. Por otro lado como terapeutas somos muy susceptibles de caer en la trampa de los silencios disfuncionales trabajando con este tipo de pacientes ya que, al menos en las fases iniciales de la enfermedad, la persona tiene muchas preguntas sobre las que espera encontrar respuesta clara en el profesional. Desafortunadamente, sobre la esquizofrenia, quedan muchas preguntas por resolver y esto comporta que el profesional deba ser muy cauto a la hora de ofrecer información.

La experiencia clínica indica que, dentro de las técnicas para trabajar la ambivalencia con el paciente esquizofrénico, son de especial utilidad la decisión balanceada y provocar la elaboración.

Cuando la persona está en el estadio precontemplativo, no encuentra razones para cambiar y a menudo niega que el comportamiento le pueda traer alguna dificultad. En este punto pueden ser de especial utilidad las preguntas evocadoras que obligan al paciente a expresar preocupación o satisfacción con respecto a una conducta. En este sentido el paciente suele sorprenderse de que el profesional facilite verbalizar los aspectos positivos que le comporta su hábito disfuncional, aumentando así el nivel de atención durante la entrevista. De la misma manera, pedir que el paciente nos describa ejemplos concretos sobre la conducta a trabajar facilita la verbalización de ambivalencias pudiendo ser la llave de entrada a la elaboración de resúmenes que la reflejen.

En el estadio **contemplativo**, por lo general, es importante aumentar la disonancia cognitiva de la persona. En pacientes que padecen esquizofrenia, al igual que en la fase anterior, los resúmenes y la elaboración son herramientas de alta eficacia. De la misma manera, en esta fase se destacaría la utilidad de la técnica de la paradoja, ya que en el contexto de la comunicación, los pacientes psicóticos son especialmente sensibles y reactivos a una intervención de este tipo. Para ello es muy importante valorar previamente los niveles de autoestima de la persona, ya que es necesaria cierta dosis para afrontar la intervención reaccionando en la dirección deseable.

En contrapartida, las técnicas de mirar hacia detrás o hacia delante, no parecen tener demasiada resolución con pacientes esquizofrénicos. La esquizofrenia es una enfermedad que por lo general cursa con un deterioro progresivo de las funciones cognitivas y de la esfera

socio-laboral. Proponer al paciente realizar este tipo de ejercicios puede tener un riesgo de que no se centre en la conducta a modificar y por el contrario imagine el período anterior al primer episodio psicótico o un futuro incierto con una evolución inespecífica.

En el estadio de **determinación**, el objetivo fundamental es ayudar al paciente a que verbalice su compromiso con el cambio y a elaborar conjuntamente un plan de acción basado en las propias decisiones del paciente, si éstas son consideradas validas por el profesional. En esta fase, las intervenciones motivacionales con pacientes esquizofrénicos no distan demasiado de las que se utilizan en población "normal". Es importante señalar y reforzar en esta fase la responsabilidad que tiene la persona cuando escoge, su grado de control sobre el proceso y nuestro apoyo incondicional cuando elabora el plan de acción.

El momento del cambio es muy delicado y difícil para el paciente, y el terapeuta debe recordar que la ambivalencia puede seguir estando presente, y aflorar incluso cuando el paciente ya está determinado a cambiar. Debemos ofrecer el máximo apoyo en esta fase, tanto en visitas de seguimiento como en cualquier otro recurso que esté en nuestra mano, si el paciente lo solicita.

En el momento en el que la persona pasa a la **acción**, nuestra tarea principal es apoyar el sentimiento de autoeficacia. En concreto, con los pacientes psicóticos, se ha de prestar especial atención a los pequeños logros, ya que es muy importante reforzar positivamente cualquier éxito que vaya teniendo la persona, en previsión de que el proceso va a ser más largo de lo habitual. El refuerzo ha de ser tanto de los pequeños avances como de las frases de automotivación que se desprenden de su discurso. Las intervenciones que se llevan a cabo en esta dirección han de estar teñidas de autenticidad ya que la sensibilidad del paciente ante cualquier incongruencia (habitualmente no verbal) puede abrir una brecha en la relación y provocar que la persona regrese a estadios anteriores.

Durante la fase de **mantenimiento**, por lo general, el profesional tiene como objetivos principales aumentar la autoeficacia y trabajar la prevención de recaídas. En el caso de los pacientes psicóticos, en la prevención de recaídas se deberán trabajar no sólo los elementos contextuales que pueden preceder a la recaída, sino también la sintomatología psicótica que facilita la aparición de situaciones de riesgo. Deben evaluarse pues las situaciones de alto riesgo de recaída, y desarrollar conjuntamente con el paciente estrategias de afrontamiento. Para ello son útiles las técnicas cognitivas que se utilizan en los programas de intervención en la

esquizofrenia (Perris, 1989; Birchwood y Tarrier, 1995).

En síntesis, trabajos recientes comienzan a señalar que la efectividad de las técnicas para reducir los déficit cognitivos depende de factores motivacionales (Hodel y Brenner, 2004). En la práctica clínica, el estilo y las intervenciones motivacionales pueden ser relevantes para los pacientes con síntomas psicóticos, incluso más que con otra tipología de pacientes, y no deberían centrarse únicamente en la evaluación inicial (Yusupoff y Haddock, 2004).

5. Principales resultados hallados en los trabajos que evalúan la efectividad de las intervenciones motivacionales en el tratamiento de la esquizofrenia.

De los 33 trabajos hallados en la revisión mencionada anteriormente se han seleccionado 13 por su calidad metodológica con la finalidad de observar sus resultados y poder enfocar una aproximación a las principales conclusiones de los estudios (ver tabla 15).

Tabla 15.

Resultados de los estudios de intervenciones motivacionales en el tratamiento de la esquizofrenia.

Estudios	N	Grupos de comparación	Principales resultados
(Hayward <i>et al.</i> , 1995)	25	-Terapia para el cumplimiento farmacológico (EM) -Grupo control	Se observan cambios en la actitud hacia la medicación y mejoría en el nivel de <i>insight</i> . Sin embargo en la comparación con el grupo control la mejoría no tiene significación estadística.
(Kemp, Kirov, Everitt, Hayward y David, 1998)	74	- Terapia de cumplimiento farmacológico (estrategias de entrevista motivacional) - <i>Counselling</i>	Para el grupo que realiza terapia de cumplimiento se observa una mejoría en la actitud hacia la medicación, un mayor cumplimiento de las indicaciones terapéuticas y un mejor nivel de <i>insight</i> .
(Swanson <i>et al.</i> , 1999)	121	- Tratamiento estándar (farmacológico, psicoterapia individual y grupal, actividades de ocio) - Tratamiento estándar más intervención motivacional.	La proporción de pacientes que se vincularon a los servicios durante el seguimiento fue mayor en el grupo que realizó EM ($p < 0,01$). Del mismo modo pasó en los pacientes con diagnóstico dual (un 42% del grupo que recibió EM respecto al 16% de grupo de tratamiento estándar; $p < 0,01$)

(Barrowclough <i>et al.</i> , 2001)	36	-Intervención motivacional + terapia cognitivo conductual + intervención familiar + tratamiento estándar. - Tratamiento estándar.	Mejoría estadísticamente significativa en el primer grupo a nivel de funcionamiento global a los 12 meses de intervención ($p=0,001$). La mejoría en la sintomatología positiva también es significativa en el primer grupo respecto al segundo a los 12 meses ($p=0,01$), al igual que la negativa ($p<0,02$). Se observan también diferencias en las tasas de recaídas a favor del primer grupo ($p<0,05$)
(Baker <i>et al.</i> , 2002a y b)	160	-Intervención motivacional (n=79) -Tratamiento estándar (n=81)	No se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos a nivel de la reducción del consumo de sustancias ni de la adherencia al tratamiento
(Haddock <i>et al.</i> , 2003)	36	-Intervención motivacional + terapia cognitivo conductual + intervención familiar + tratamiento estándar. - Tratamiento estándar.	Mejoría estadísticamente significativa en el primer grupo a nivel de funcionamiento global a los 12 meses. No se observan estas diferencias en la reducción de las necesidades de los cuidadores ni en los costes sanitarios de ambos grupos.
(Graeber <i>et al.</i> , 2003)	30	-Intervención psicoeducativa - Intervención motivacional.	Se observan diferencias estadísticamente significativas en las tasas de abstinencia a favor del grupo que recibe la intervención motivacional.
(Brown <i>et al.</i> , 2003)	191	- Intervención motivacional - Consejo breve	La intervención motivacional resultó más efectiva que el consejo breve para la abstinencia del tabaquismo en personas con esquizofrenia. Fue más efectiva en adolescentes tuvieran, o no, intención de cambiar el hábito. Sin embargo no fue efectivo en adolescentes con historia previa de intentos de dejarlo.
(O'Donnell <i>et al.</i> , 2003)	94	- Terapia motivacional para la adherencia - <i>Counselling</i>	Tras un año después de la intervención, el cumplimiento terapéutico no difirió entre el grupo de intervención y el control. No se encontraron diferencias en la mejora sintomática ni en la calidad de vida.
(Steingberg <i>et al.</i> , 2004)	78	- Intervención motivacional - <i>Counselling</i> - Consejo breve	Se observa una mayor proporción de personas del primer grupo que deja de fumar (32%) respecto al grupo de <i>counselling</i> (11%) y el de consejo breve (0%) en una única sesión.
(Kavanagh <i>et al.</i> , 2004)	25	- Intervención motivacional - Tratamiento estándar	Todos los participantes del primer grupo dejaron de consumir tras 6 meses de terapia comparado con el 58% que abandonaron el consumo del grupo control. Los cambios se mantienen a los 12 meses de seguimiento.

(Haddock <i>et al.</i> , 2003)	36	-Intervención motivacional + terapia cognitivo conductual + intervención familiar + tratamiento estándar. - Tratamiento estándar.	El primer grupo mostró un mantenimiento de la mejora en funcionamiento global y en síntomas negativos a los 18 meses de intervención. Sin embargo estas diferencias no fueron destacadas en recaídas ni en número de días de abstinencia (aunque las tasas fueron más bajas).
(Bellack, Bennett, Gearon, Brown y Yang, 2006)	129	- Intervención motivacional + entrenamiento en habilidades sociales - Grupo control (terapia de soporte)	Los resultados muestran efectos significativos en el primer grupo en el post-tratamiento a los 6 meses en las medidas de manejo de recursos comunitarios, rehospitalizaciones y calidad de vida.

En general, se observan mejores resultados en función de los objetivos propuestos en el 90% de los estudios que comparan una intervención motivacional con otra modalidad terapéutica. No obstante, dicha diferencia en la mejoría sólo resultó estadísticamente significativa en el 55% de los estudios.

A nivel de resultados clínicos, algunos estudios avalan su efectividad en la mejora del nivel de *insight*, así como la actitud hacia la medicación, la vinculación a los servicios, la mejoría clínica a nivel sintomatológico y de funcionamiento global, el consumo de sustancias y las recaídas.

Además de las características, comentadas anteriormente, de los estudios de los que disponemos en la actualidad se hace necesario realizar más estudios en esta línea para extraer conclusiones más consistentes.

Por otro lado, sería de gran utilidad considerar de nuevo la conceptualización del término de manera más consensuada para evitar confusiones en la interpretación del tipo de intervención llevada a cabo por los estudios.

La novedad en la aplicación de la intervención motivacional en pacientes psicóticos abre una línea de conocimiento nueva que alimenta la ilusión de los investigadores en este campo, aunque a su vez despierta muchos interrogantes que todavía no quedan resueltos.

Parte primera: Marco conceptual de la intervención precoz

Capítulo quinto : las emociones en la intervención en el primer episodio

La intervención psicológica en la fase aguda y de recuperación

Enfoques psicológicos eficaces en las fases iniciales

El sentido de la experiencia psicótica

Capítulo Quinto: Las emociones en la intervención en el primer episodio

*No hace mucho tenía muchas veces ganas de llorar,
eran pensamientos angustiantes que
me conducían a un callejón sin salida,
a cerrarme con paño, a negar la realidad
y a edificarme una realidad a medida*

(O.N., febrero de 2005)

1. Introducción

Este capítulo está dedicado a la psicoterapia de las emociones con el paciente que sufre un primer episodio psicótico con una evolución de esquizofrenia.

Las experiencias psicopatológicas del primer episodio y la fase inicial pueden tener un impacto sobre la persona realmente perturbador e incluso producir trauma (McGorry *et al.*, 1991).

Ciertamente, la persona que sufre un primer episodio suele ser más sensible a los tratamientos que en los episodios siguientes y en fases posteriores, pero a su vez las recaídas también son más frecuentes durante los cinco primeros años ("período crítico") (Birchwood *et al.*, 2000). Podemos decir que en este período crítico nos permite un terreno de actuación muy fértil para la intervención pero, a su vez, sumamente complejo debido a la cantidad de variables que se barajan durante el cataclismo (McGorry, 2005).

El contenido de este capítulo está centrado en la disfunción emocional en la esquizofrenia y en la importancia de ayudar al paciente a dar sentido a su experiencia psicótica como parte del abordaje psicológico en los tratamientos eficaces.

2. La intervención psicológica dirigida a las emociones durante el período de recuperación del primer episodio y la fase inicial

En la actualidad todos los expertos en el estudio de la esquizofrenia están de acuerdo en que la vivencia de la sintomatología positiva produce un malestar emocional intenso y existen estudios que los demuestran. Entre ellos, el equipo de Londres registró que de una cohorte de pacientes que sufrían delirios de persecución un 80% tenía depresión (Freeman *et al.*, 1998). Los mismos resultados fueron hallados por el grupo de Birmingham algunos años antes; 7 de cada 10 pacientes con sintomatología psicótica productiva estaban deprimidos (Birchwood y Chadwick, 1997).

Pero estos resultados no son de extrañar cuando Bleuer ya apuntaba que los problemas afectivos forman parte del núcleo de la esquizofrenia, mientras que los delirios y las alucinaciones son sólo auxiliares al trastorno (Bleuer, 1950); de hecho de las "cuatro A" tres de ellas están estrechamente vinculadas al afecto y precisamente los *Grundsymptome* son los que se observan en todos los tipos de esquizofrenia (afectivas y no afectivas).

Desde los años 50, sobretudo a partir de las aportaciones de Jaspers y la distinción entre las psicosis afectivas y no afectivas (Jaspers, 1963), la psicosis y las emociones parecieron divorciarse para dar paso a una larga aventura de estudios sobre síntomas productivos, negativos, habilidades sociales, estudios sobre el *insight* y muy rigurosos ensayos clínicos con la finalidad de conocer las formas de la enfermedad y los procesos de mejora mediante terapias combinadas.

Sin embargo, no ha sido hasta los esta última década, que los expertos en la materia han empezado a recuperar la importancia del plano afectivo en los procesos de recuperación con tratamientos basados en la evidencia.

De forma poco útil, en los últimos diez años se ha empezado a tratar el plano afectivo bajo la denominación de comorbilidad referida a la depresión, los sentimientos de desesperanza, la ideación suicida, la ansiedad social y los síntomas post-traumáticos.

No ha sido hasta los últimos cinco años que la literatura ha empezado a tratar seriamente este aspecto profundizando en sus formas y en su tratamiento.

La disfunción emocional, en tanto que aspecto nuclear, evoluciona con la misma sensibilidad y rapidez que los síntomas durante la fase prodrómica e inicial de la esquizofrenia (Harrison *et al.*, 2001).

Pero el fenómeno en si es complejo. No existe una única vía de explicación de la caracterización de los problemas emocionales en la psicosis; de manera que comprender su patogénesis es extremadamente difícil y quizás sea este el motivo por el que existan pocos tratamientos eficaces disponibles en esta línea (Jackson e Iqbal, 2000; Lewis *et al.*, 2002).

El trastorno emocional, además del malestar que produce en las personas que los sufren, tiene un impacto clínico sobre la evolución de la enfermedad ya que incrementa la probabilidad de recaídas (Linzsen, Dingemans y Lenior, 1994). Es por este motivo por el que creemos importante detenernos durante este capítulo a analizar que directrices marca la literatura en los enfoques terapéuticos de este aspecto.

2.1. Enfoques psicológicos eficaces

Generalmente las vías de tratamiento psicológico para el primer episodio psicótico bajo el modelo cognitivo-conductal que se han demostrado eficaces son los siguientes:

- La intervención psicoeducativa (McGorry, 1995)
- Intervenciones familiares (individuales y grupales) (Barrowclough y Tarrrier, 1992)
- Intervenciones sobre los síntomas (Chadwick y Trower, 1996; Fowler, Garety y Kuipers, 1998)
- Prevención de recaídas (Birchwood, 1992)
- Intervenciones sobre la identidad (Perris, 1989; Jackson *et al.*, 1998; Davidson y Strauss, 1992; Henry, Edwards, Jackson, Hulbert y McGorry, 2002)

Este ultimo aspecto ha sido el más trabajado por el grupo australiano y descrito en la elaboración de su manual COPE (Henry *et al.*, 2002) donde uno de los ingredientes esenciales de la terapia es la adaptación del "sí mismo".

La terapia COPE parte de la idea subyacente de que el primer episodio eclosiona en una franja de edad en la cual la identidad está en pleno proceso de construcción y éste se ve interrumpido por una experiencia grave de trauma y pérdida, con las consecuencias directas sobre la autoestima que esto conlleva (Henry *et al.*, 2002; Henry, 2005).

Esta terapia ha constituido una piedra angular de los abordajes psicológicos para las fases iniciales de la esquizofrenia en los recientes últimos años; de hecho, son muchos los programas desarrollados en todos los países que recogen este modelo de intervención (ver capítulo 4). No obstante, no podemos obviar que las líneas de intervención están en constante y progresivo desarrollo, y que en consecuencia, la literatura nos ofrece continuamente nuevas ideas y paradigmas de reflexión e intervención sobre los cuales hemos de prestar una especial atención.

Durante los últimos meses el equipo del *Early Intervention Services* de Birmingham esta trabajando en esta línea con el objetivo de clarificar, conceptualizar y proponer nuevas formas de intervención sobre la disfunción emocional en las psicosis en referencia a las vías de trastorno emocional en los pacientes que sufren esquizofrenia.

Este grupo distingue tres vías principales de disfunción emocional (Birchwood y Trower, 2003):

- El trastorno emocional intrínseco a la psicosis
- El trastorno emocional como reacción psicológica ante la psicosis
- El producto de vías de desarrollo alteradas resultado del trauma evolutivo

a) El trastorno emocional intrínseco a la psicosis

Este concepto hace referencia a la relación entre la depresión y la psicosis. En base a los estudios del grupo australiano podríamos decir que la depresión forma parte de la fase prodrómica de la esquizofrenia (Jackson, McGorry y McKenzie, 1994) y además, por los estudios de esta fase inicial, sabemos que ésta tiene tendencia a disminuir cuando eclosionan los primeros síntomas positivos (Birchwood, Iqbal, Chadwick y Trower, 2000). No obstante, no podemos obviar el alto porcentaje (50%) de depresiones post-psicóticas tras el primer episodio (Birchwood *et al.*, 2000).

b) El trastorno emocional como reacción psicológica ante la psicosis

Hace referencia a la psicosis como acontecimiento vital traumático y reacción a la ruptura de las proyecciones que la persona tenía sobre sus roles futuros, metas y objetivos; es decir a las consecuencias directas sobre todo aquello que la persona, durante este periodo de construcción de la identidad va proyectando y elaborando.

c) El producto de vías de desarrollo alteradas resultado del trauma evolutivo

Atañe a las alteraciones en el desarrollo evolutivo normal en la adolescencia que tienen un correlato en la psicosis de la persona adulta y que tiene una entrada de malestar emocional vinculada a esquemas disfuncionales respecto al sí mismo y de los otros (ver figura 7).

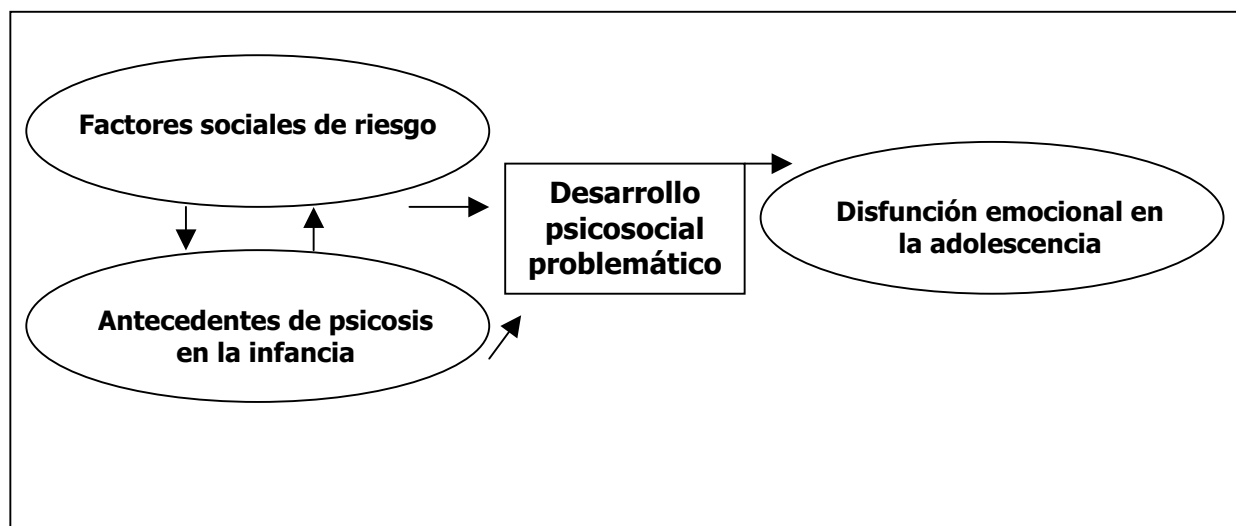


Figura 7. Adaptado de Birchwood, M., Iqbal, Z, Jackson, C. y Ardí, K. (2005). Terapia cognitiva y disfunción emocional en la psicosis temprana. In J.Gleeson y P. McGorry (Eds.), Intervenciones psicológicas en las psicosis tempranas. Un manual de tratamiento (pp. 369-398).

Como se puede observar, las vías de malestar emocional que identifica la literatura son múltiples y difícilmente abordables únicamente con la aplicación de la terapia cognitiva estándar; los pioneros en terapia cognitiva para trastornos psicóticos ya reconocen las limitaciones de la misma en el abordaje de las emociones (Birchwood, Iqbal, Jackson y Hardy, 2005).

En un reciente trabajo de Birchwood y Trower (2006) se concluyen algunas de las aplicaciones demostradas útiles en el tratamiento de las emociones en la psicosis temprana como por ejemplo el tratamiento de los síntomas depresivos asociados a los delirios de persecución, los síntomas afectivos derivados de las dificultades de personas con alto riesgo de transición a la psicosis, en la prevención de recaídas, la comorbilidad, la reducción del estrés y el trabajo con la autoestima.

La terapia cognitiva se ha demostrado eficaz para la reducción del estrés y la depresión asociadas a las voces (Trower *et al.*, 2004), para reducir la ansiedad y la depresión en personas con alto riesgo (Morrison *et al.*, 2004), en la prevención de recaídas (Gumley *et al.*, 2003), en la depresión y la ansiedad social comórbidas (Iqbal, Birchwood, Chadwick y Trower, 2000) y en el aumento de la autoestima (Hall y Tarrrier, 2003).

Sin embargo, existen procesos psicológicos de gran complejidad que acaecen en el transcurso de aceptación y que son de difícil manejo tanto para el paciente como para el equipo que tienen que ver con la reconstrucción de la identidad, el sentido que la persona le da a la experiencia psicótica y el juego de equilibrios tan preciso que han de realizar para mantener una calidad de vida digna.

En esta línea, son pocos los autores que apuntan orientaciones terapéuticas para trabajar aspectos tan profundos de la experiencia psicótica. En el apartado que viene a continuación se resumen las principales directrices.

3. El sentido de la experiencia psicótica

El proceso de dar sentido a la experiencia psicótica está estrechamente relacionada con el proceso de recuperación psicológico. Rufus May¹⁸ distingue entre tres tipos de recuperación y dicha distinción es importante de cara a las orientaciones terapéuticas. Según May, la primera recuperación es la clínica, definida por la disminución de los síntomas. Otro aspecto de

¹⁸ Rufus May es psicólogo clínico y actualmente trabaja en los Servicios Asistenciales de Salud Mental en la Bradford (Inglaterra) en el marco de los tratamientos psicosociales para pacientes psicóticos. Fue diagnosticado de esquizofrenia a los 18 años en la actualidad tiene algunas publicaciones donde apunta directrices para ayudar a los pacientes con esquizofrenia a recuperar la identidad social.

recuperación es el social enmarcada en el desarrollo de relaciones y roles sociales significativos, actividades laborales o formativas. Y finalmente la recuperación psicológica que tiene que ver con la comprensión y el manejo de las experiencias psicóticas (May, 2005).

Esta última recuperación que hemos referenciado se inicia con la conciencia de enfermedad y consecuentemente el sentimiento de pérdida de identidad en tanto que la persona ahora es diferente de los demás (Palma, Ferrer, Farriols y Cebrià, 2006).

May (2005) distingue algunos componentes esenciales para que la persona pueda realizar este proceso tan complejo: la importancia de las personas de apoyo, la esperanza, desarrollar un relato coherente de la experiencia y construir una identidad personal y social positiva.

a) Núcleo significativo de apoyo

La presencia de nuestros significativos durante el proceso de recuperación es crucial para la persona que ha sufrido un episodio psicótico. May remarca la importancia de que los significativos mantengan una distancia óptima; un equilibrio entre dejar espacio y dar apoyo a los sentimientos de autoeficacia de la persona y confianza auténtica sobre sus potencialidades.

Ciertamente encontrar este apoyo es especialmente difícil, porque muchas veces la familia se encuentra perdida ante una eclosión de las dimensiones de un episodio psicótico. Hay que tener presente que el impacto del episodio no concierne únicamente al paciente sino que también la familia se ve afectada y también pasa por un proceso de adaptación durante el cual, muchas veces no sabe como comportarse o como buscar ese equilibrio que según Rufus May es tan importante en el proceso de recuperación. Es por este motivo por el que las intervenciones familiares en cualquier modalidad han resultado eficaces directamente en la mejora del paciente (Nugter, Dingemans, Van der Does, Linzsen y Gersons, 1997; Haddock *et al.*, 1999; Feldmann, Hornung, Buchkremer y Arolt, 2001; Addington, McCleery y Addington, 2005).

b) Esperanza

Según los expertos, infundir esperanza en la persona que esta en las fases iniciales de la enfermedad es uno de los componentes esenciales de la intervención (Henry, Edwards, Jackson, Hulbert y McGorry, 2002). Es importante tener presente que la persona que ha sufrido un episodio psicótico (Henry, 2005) está haciendo un gran esfuerzo por compensar la alteración

a nivel cognitivo, pero también la emocional causada por la perturbación que suponen los síntomas, la afectación a su autoestima, su identidad y el estilo de vida.

En terapia, el tema de la esperanza es particularmente de difícil manejo, ya que ésta puede suponer un motor de recuperación pero, a su vez, si no existe un ajuste realista, pueden convertirse en un cúmulo de esperanzas de recuperación frustradas que dificulten la adaptación (Palma *et al.*, 2006).

b) Desarrollo de un relato coherente de la experiencia.

Según Ridway (2001), no es necesario adoptar un modelo de enfermedad para poder elaborar un proceso de afrontamiento; sin embargo, la persona debe encontrar una forma para comprender y superar las dificultades para no quedarse en los primeros mecanismos que suelen ser de negación (Deegan, 1994) o evitación (Palma *et al.*, 2006). Parte de la idea de que no todos los pacientes llegan a la comprensión de la enfermedad por los mismos mecanismos, sino que se puede elaborar una comprensión organizada y coherente de las experiencias psicóticas y de los estados emocionales por diferentes vías.

El objetivo terapéutico de este aspecto es ayudar al paciente a desarrollar por sí mismo su propia comprensión coherente de la manera más constructiva posible y ayudándole a no instalarse en los primeros mecanismos de afrontamiento, que aunque necesarios, son poco útiles a largo plazo (Palma *et al.*, 2006).

Esta visión es ligeramente distinta a las directrices de la COPE, que favorecen dicha comprensión de una forma más dirigida utilizando el marco psicoeducativo e informativo para ayudar al paciente a adaptarse a la enfermedad (Henry *et al.*, 2002). Desde este punto de vista, se presenta un modelo de trastorno al paciente que incorpora una explicación de la etiología y el modelo de vulnerabilidad-estrés para que éste pueda desarrollar mejor esta comprensión.

c) La Construcción de una identidad personal y social positiva

En la actualidad no hay muchas dudas en torno a la idea de que tras un primer episodio psicótico se produce una ruptura en la identidad. El primer episodio se produce en una etapa en

la que la persona se encuentra en plena realización de algunas tareas evolutivas propias de este período vital (Erikson, 1968).

Lisa Henry (2005) afirma que la experiencia psicótica amenaza directamente el núcleo del sí mismo o de la identidad del adolescente produciendo cambios severos en el autoconcepto y en las propias expectativas de futuro. De hecho, en general muchas de las expectativas sobre el futuro anteriormente establecidas han de ser probablemente reformuladas produciéndose múltiples pérdidas. El proceso natural es que estas pérdidas se aúnen en un proceso de duelo complejo, necesario para la reestructuración positiva de la identidad.

En un reciente estudio de caso único, se observó mediante técnicas cualitativas la forma de los procesos de duelo de una persona en la fase inicial de la esquizofrenia; de hecho se observan diferencias notables entre los procesos de duelo naturales y los que son experimentados a partir de esta enfermedad (Palma *et al.*, 2006).

La mayoría de procesos de duelo se inician en base a una pérdida principal que va acompañada de otras secundarias, de manera que en primer lugar la persona es consciente de la principal, y progresivamente se va dando cuenta de las secundarias (Rando, 1984).

En la esquizofrenia el proceso puede ser inverso. La persona primero comienza a darse cuenta de las pérdidas secundarias (memoria, concentración, autonomía, etc.) y posteriormente de la pérdida principal hasta que se hace presente la idea de que ya no es el mismo que era, de que ha perdido la identidad.

Otra de las particularidades del proceso de recuperación emocional en la esquizofrenia es que tanto la pérdida principal como las secundarias son ambiguas. En muchas ocasiones se están barajando pérdidas no cerradas que podrían generar esperanzas de recuperación frustradas que dificulten el afrontamiento (Boss, 2001).

En cuanto a implicaciones terapéuticas, se considera imprescindible el acompañamiento y el apoyo a los sentimientos de autoeficacia del paciente (Henry *et al.*, 2002), así como ayudar al paciente a realizar un ajuste de esperanzas de recuperación realistas y facilitar la reconstrucción de una nueva identidad basada en el mantenimiento o conservación de los aspectos más estructurales del paciente .

Sin duda, la redefinición de la persona debe encontrar vínculos con la identidad perdida puesto que aportan el grado de seguridad necesaria para completar el proceso de duelo. Si no, la confusión y la inseguridad van a representar un obstáculo en este proceso.

Es importante ayudar al paciente a desarrollar un autoconcepto que no esté únicamente basado en el trastorno que presenta (Schaub, 2004). Además, la reconstrucción de éste debe basarse en generación de constructos identitarios claros, delimitados y precisos que faciliten la auto-identificación de la persona (Palma *et al.*, 2006).

Como se puede observar en las aportaciones de la literatura, el trabajo en psicoterapia con las emociones es de una alta complejidad y heterogeneidad. De hecho, podría presentar un problema para observar y comparar el efecto de las psicoterapias ya que en cada relación terapéutica y en cada vínculo se van a barajar aspectos determinantes que dependen, no solo del paciente, sino también del terapeuta y del contexto.

No obstante, estamos en un momento de oro en el avance de las psicoterapias de las emociones como así podemos observar en las aportaciones recientes de los pioneros de la intervención precoz.

Ciertamente, este punto de la historia de la psicoterapia tiene unos precedentes claros en la psicología de orientación dinámica (Bleuer, 1950; Fromm-Riechmann, 1978; Conrad, 1958; Sechehaye, 1958, entre otros) y en los estudios de comorbilidad en la esquizofrenia que han supuesto la base para las reflexiones y orientaciones que en la actualidad se están poniendo en marcha. Sin embargo, no hemos encontrado muchos trabajos recientes que traten explícitamente el tema de las emociones en el proceso psicoterapéutico cuando es uno de los factores nucleares de la recuperación.

PARTE SEGUNDA

Diseño y desarrollo del programa PIPE para el tratamiento del primer episodio y la fase inicial de la esquizofrenia.

Parte segunda: Diseño y desarrollo del programa PIPE**Introducción**

La segunda parte de este trabajo pretende exponer el trabajo de campo realizado en el ámbito de la intervención psicoterapéutica en las fases iniciales de la esquizofrenia. Se comprende de dos partes bien diferenciadas que se desarrollarán a partir de cinco capítulos.

La primera de estas partes queda conformada por el capítulo sexto donde se muestra el diseño del programa PIPE para la intervención psicológica que posteriormente se evaluará en los capítulos posteriores. Los capítulos siguientes, desde el séptimo hasta el décimo están destinados al desarrollo de la evaluación de la efectividad del programa descrito previamente.

Parte segunda: Diseño y desarrollo del programa PIPE para la esquizofrenia

Capítulo sexto: Fundamentos teóricos y aplicación clínica del PIPE

Fundamentos teóricos del programa PIPE

Componentes de la aplicación clínica

Capítulo Sexto: Programa de Intervención Precoz en la Esquizofrenia PIPE

Detrás de la esquizofrenia...
hay tantas personas...
(M.C., febrero de 2006)

1. Introducción

En las páginas que vienen a continuación podemos encontrar la descripción del programa PIPE para el abordaje psicológico del primer episodio y de la fase inicial. El capítulo se estructura en dos partes bien diferenciadas. En la primera de éstas se desarrollarán los fundamentos teóricos sobre los que se sustenta el PIPE, mientras que en la segunda se describirá la aplicación práctica del modelo.

El programa de intervención psicoterapéutica PIPE será evaluado en los capítulos subsiguientes como objeto de trabajo de campo de la presente tesis.

Fundamentos teóricos del programa PIPE

1. Bases teóricas sobre las que se sustenta el PIPE

El programa PIPE asienta sus bases sobre los resultados de las psicoterapias que han demostrado eficacia en la intervención en la esquizofrenia (ver revisiones de capítulos 2, 3 y 4) en especial sobre aquellas que están demostrando su impacto en la mejora de los pacientes de primer episodio y la fase inicial.

Bajo el marco del modelo cognitivo-conductual, se ha desarrollado una intervención que incorpora y combina elementos cuya eficacia ya ha sido demostrada en numerosos estudios descritos en capítulos anteriores: enfoques de la terapia cognitiva aplicada a la psicosis y estrategias motivacionales para la promoción de cambios concretos en las personas.

Por otro lado, la importante referencia de las recientes orientaciones en las intervenciones psicológicas sobre las emociones reactivas e intrínsecas al primer episodio (ver capítulo 5), forman uno de los ingredientes esenciales de las bases teóricas del programa PIPE. De hecho,

el programa esta dirigido al abordaje de la fase de recuperación del primer episodio y la fase posterior; un período clave donde la intervención psicológica ha de tener dos funciones principales vinculadas al abordaje emocional:

- Acompañar al paciente en su proceso de adaptación a los cambios y ayudarle a adoptar una actitud activa como propio agente de cambio hacia hábitos saludables y facilitadores de dicha adaptación.
- Ayudar a la persona con la gestión emocional vinculada al proceso de adaptación a las múltiples pérdidas acaecidas desde el inicio de la enfermedad, así como catalizar el proceso de reconstrucción de una nueva identidad.

2. Filosofía subyacente

La filosofía que sustenta toda la estructura de la intervención está fundamentada en un modelo de relación con el paciente, en equilibrio con la filosofía humanista (Rogers, 1986) y una manera de entender los mecanismos de cambio de las personas.

Los cambios psicoterapéuticos se nutren de una relación empática y auténtica con el profesional y la motivación para estos cambios la desarrolla el paciente; el profesional respeta la autonomía de la persona y su libertad de elección (Palma *et al.*, 2005).

Fundamentalmente se hace nuclear la creencia del terapeuta en los recursos propios del paciente y en su autonomía para experimentar, dirigir y gestionar el propio proceso de recuperación y de adaptación.

El núcleo principal de la intervención se sustenta en el trabajo emocional con el paciente por lo que la filosofía del diseño del programa se puede sintetizar en el contenido de las siguiente cita:

“ Yo había seguido **'su'** camino e iniciativa más que los míos. Precisamente yo había **'escuchado'** en lugar de procurar empujarla a la comprensión de un diagnóstico que yo ya había conseguido” (Rogers, 1980).

3. Necesidad de nuevas formas de intervención adaptadas a la fase inicial de la esquizofrenia.

La realidad social, política y científica de la década de los 80, demostraron la necesidad de realizar abordajes integrados en el tratamiento de la esquizofrenia. En la actualidad, todos los investigadores y clínicos están de acuerdo en la premisa de que el tratamiento farmacológico es

necesario pero no suficiente para la intervención. Y de este consenso surge la consideración de los abordajes psicosociales y de las intervenciones psicológicas.

La realidad clínica actual pone de manifiesto una nueva necesidad: se ha demostrado que la intervención combinada es imprescindible para el correcto abordaje pero no resulta del todo completa.

La eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales ha quedado demostrada con despliegue de publicaciones realizadas en ensayos controlados en los últimos diez años. Básicamente estos ensayos están dirigidos a evaluar la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales desarrolladas por los autores británicos para el tratamiento de síntomas psicóticos (Perona, Cuevas, Vallina y Lemos, 2003)¹⁹.

La terapia cognitivo-conductual estándar centra el grosso de su intervención en las creencias delirantes, las creencias sobre las voces y en las autovaloraciones negativas; abordando de una manera más colateral las experiencias subjetivas de la enfermedad y el afrontamiento emocional del paciente tanto a sus propias dificultades como a la adaptación que hace hacia el uso de las nuevas herramientas que el terapeuta le ofrece para dicho afrontamiento.

Pensamos que las vías de malestar emocional no se centran únicamente en los cuadros prodrómicos o síntomas depresivos post-psicóticos, ni en la afectación secundaria a la sintomatología de la esquizofrenia. Tras la eclosión de un primer episodio psicótico de espectro esquizofrénico, la persona va a experimentar una serie de procesos complejos donde la gestión emocional va a configurar el pilar del afrontamiento de la persona.

Durante la fase inicial de la enfermedad las experiencias del paciente y los procesos que realiza son distintos a los de alguien que ha sufrido ya una larga evolución deteriorante. La persona empieza a darse cuenta de que en su vida cotidiana aparecen progresivamente una serie de limitaciones y de pérdidas significativas; pérdidas que afectan a dos grandes funciones del ser humano: el pensamiento y las relaciones.

¹⁹ Véase revisión realizada por Perona, Cuevas, Vallina y Lemos (2003) sobre la efectividad de la terapia cognitivo-conductual sobre los síntomas psicóticos positivos donde se evidencia su eficacia en diferentes diseños de estudio.

Dentro del primer grupo podríamos incluir todas las dificultades cognitivas clásicas de la esquizofrenia, además de la sintomatología positiva; mientras que el segundo grupo lo integrarían la retracción emocional y social, el aplanamiento afectivo, etc. De este modo, el paciente no sólo hace consciente (lo verbalice o no) el hecho tener dificultades con la memoria, con la concentración, con la fluidez verbal, con la capacidad de planificación, etc. sino que, además, la persona pierde la confianza en la propia percepción de uno mismo y de los demás.

Cabe tener en cuenta que lo habitual es que la enfermedad eclosione entre la adolescencia y los primeros años de la vida adulta; rango de edad en que la identidad personal se está consolidando (Ridway, 2001). Y es aquí donde situamos una de las dificultades más complejas y arduas que la persona tendrá que afrontar.

En este proceso de la fase inicial, se produce una ruptura brusca con todo aquello que conformaba el auto-concepto de la persona, aumentando la confusión, afectando a los niveles de autoestima y favoreciendo la desintegración progresiva de la propia identidad (Ridway, 2001; Birchwood *et al.*, 1992).

Es en este momento cuando el paciente se da cuenta de que todo aquello que lo definía como persona única e individual, está en pleno proceso de cambio. Sin duda, las múltiples y progresivas pérdidas que experimenta ponen en tela de juicio su funcionamiento global (Harrop y Trower, 2001).

Suponemos que el proceso de adaptación a dichos cambios podría formar parte de un proceso de duelo, que tendrá como finalidad la reconstrucción de la propia identidad a partir de la integración o asimilación de todas y cada una de estas pérdidas.

Desde nuestro punto de vista, el abordaje cognitivo-conductual integrado en las terapias farmacológicas se hace imprescindible para la intervención en la esquizofrenia; pero no resulta del todo completo para el tratamiento durante la fase inicial.

Durante este período se hacen evidentes una serie de necesidades emocionales que no son contempladas desde los tratamientos de TCC descritos. Pensamos que durante la fase inicial

este aspecto debe ser trabajado como núcleo central, sin obviar todos los ingredientes que han demostrado su eficacia en los ensayos controlados para el abordaje sintomático.

De este modo, proponemos un tipo de intervención asentado sobre las bases de intervenciones eficaces en la esquizofrenia pero que contempla como prioritario el tratamiento de las emociones y el acompañamiento de la persona en sus procesos de adaptación a los cambios y la generación de nuevos cambios facilitadores de la reconstrucción de la nueva identidad.

Hemos llamado a esta modalidad de abordaje intervención cognitivo-motivacional ya que se sustenta sobre las bases de la entrevista motivacional y su filosofía (Miller y Rollnick, 1991), además de compartir muchos aspectos en habilidades técnicas y estrategias con este estilo de intervención.

4. La intervención cognitivo-motivacional

La intervención cognitivo-motivacional se sustenta en **siete** ingredientes básicos que se integrarán en planes terapéuticos individualizados en función de las necesidades del paciente. Los componentes que citamos a continuación se desarrollarán de una manera más extensa en los siguientes apartados:

- El tipo de relación terapéutica
- El abordaje emocional de los procesos de afrontamiento psicológico
- El abordaje sintomático
- El trabajo con la familia
- El tratamiento del consumo de sustancias
- La prevención de recaídas
- La reintegración a la comunidad

Lo distintivo en este tipo de intervención durante la fase inicial es el énfasis otorgado a los dos primeros ingredientes respecto a los demás, que lejos de ser tangenciales, se abordarán habitualmente en menor intensidad, siempre que las necesidades del paciente lo permitan.

El estilo motivacional del terapeuta y las estrategias para acompañar al paciente en sus decisiones hacia cambios de hábitos favorables para la mejora configuran el eje central del programa sobre el cual se vincularán los diferentes objetivos y focos de abordaje.

Hemos querido representar la estructura del programa mediante la imagen que se puede observar en la figura 8 ya que sobre las bases de los dos primeros ingredientes, la relación y el trabajo con las emociones se entreteteje el resto del programa.

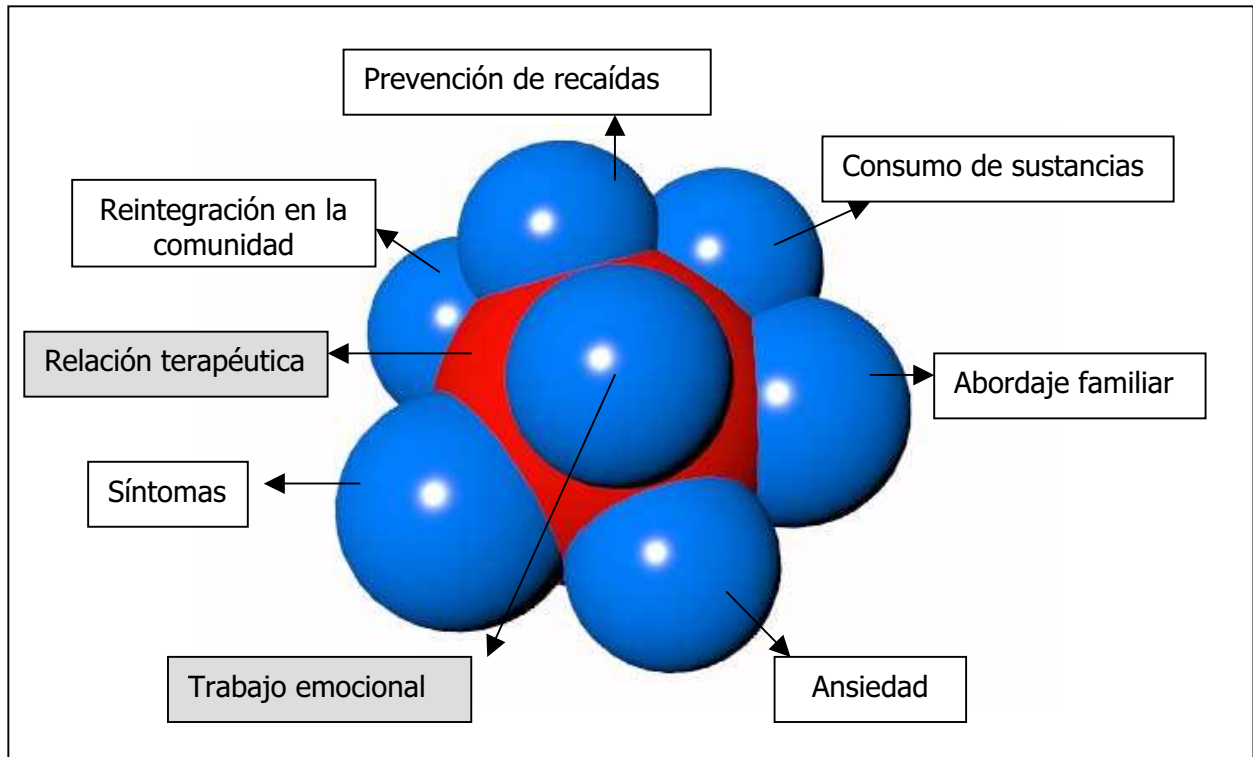


Figura 8. *Estructura del programa PIPE*

4.1. La importancia del estilo del terapeuta

El estilo motivacional asienta sus bases en la filosofía humanista descrita por Carl Rogers (1986) y en una manera determinada de entender los mecanismos que promueven los cambios en la persona y su crecimiento.

Partiendo de la premisa de que la efectividad de las intervenciones terapéuticas depende del estilo del profesional que las lleva a cabo es de vital importancia definir también el estilo de relación que vertebrará las intervenciones que conformarán el PIPE.

El terapeuta tiene la función de acompañar al paciente durante el proceso ayudándole a comprender y modificar sus creencias en base a su experiencia subjetiva y nunca desde un posicionamiento didáctico. Deberá estar atento a los momentos motivacionales del proceso para

promover cambios concretos en el comportamiento y actitudes de la persona que son necesarios en el proceso de tratamiento de la fase inicial de la esquizofrenia.

Tanto el estilo terapéutico como las intervenciones motivacionales que se lleven a cabo constituirán un eje vertebrador de todo el programa de intervención sobre el cual se entretejerán las técnicas e intervenciones orientadas a la consecución de los objetivos propuestos en el plan individualizado.

4.2. Principios de las intervenciones motivacionales

La EM se sustenta en los siguientes cinco principios teóricos descritos por Miller y Rollnick (1991): expresar empatía, desarrollar discrepancia, evitar argumentaciones, trabajar las resistencias y fomentar/reforzar la sensación de autoeficacia (ver capítulo 4).

La intervención motivacional es de índole directiva y centrada en el paciente y su objetivo último es promover cambios de comportamientos ayudando a la persona a explorar y resolver la propia ambivalencia (Rollnick y Miller, 1995).

El terapeuta ayuda a que la persona se posicione y vaya descubriendo argumentos para poner en marcha actitudes o comportamientos más funcionales, aumentando su compromiso y determinación. Esta idea parte de uno de los principios de la terapia cognitiva y es que si una persona tiene una creencia equivocada sobre la realidad es porque ha acumulado suficientes razones presentes y contextuales para hacerlo; de tal modo que si no encuentra una alternativa válida a sus creencias, difícilmente desarrollará mecanismos para cambiarla (Sassaroli y Lorenzini, 2004).

En la tabla 16 se exponen los comportamientos más habituales trabajados mediante intervenciones motivacionales.

Tabla 16

Comportamientos habituales trabajados con intervenciones motivacionales

La toma de la medicación de la forma más autónoma posible. El consumo de tóxicos. La adherencia al tratamiento psicológico y cumplimiento de pautas terapéuticas. La realización de actividades Hábitos de planificación de tareas Hábitos de higiene
--

4.3. Elementos facilitadores de cambio

Son muchos los factores que interaccionan en la persona antes de que se produzca un deseo de cambio pero algunos de éstos pueden actuar como verdaderos catalizadores (Miller y Rollnick, 1991). A continuación se presentan algunos de ellos:

La elección y el control: el hecho de poder decidir los cambios que uno quiere hacer motiva más que seguir los consejos de una figura de autoridad. El profesional ha de aceptar la libertad del paciente a poder elegir y facilitar lo ofreciendo posibilidades o un menú de sugerencias.

El autoconvencimiento auditivo: las personas creen de una manera más firme aquello que se oyen decir en voz alta. El profesional ha de facilitar que la persona verbalice frases de posicionamiento y predisposición al cambio. Eso ayudará a que el paciente se comprometa consigo mismo e inicie su peregrinaje por la rueda del cambio.

La percepción de autoeficacia y el locus de control: la creencia de que la persona puede cambiar, facilita y genera que se produzcan conductas de cambio.

La ambivalencia: se da en la mayoría de nuestros actos aunque se presenta como uno de los mayores obstáculos para el cambio. El profesional ha de ayudar al paciente a verbalizar y resolver la ambivalencia para lograr un posicionamiento que lo llevará a cambiar de estadio.

La intervención personalizada: el profesional ofrecerá un tipo de ayuda distinta dependiendo de la etapa del proceso del cambio en la que se encuentre el individuo y de sus rasgos de personalidad.

La relación interpersonal: la motivación a cambiar, o por el contrario, la resistencia de la persona a modificar comportamientos o actitudes pueden estar muy influenciadas por la calidad de la relación que se establece con el profesional que le está acompañando. Es importante que éste tenga un mínimo de entrenamiento en el manejo de resistencias, y a trabajar las ambivalencias sin provocar la reactancia psicológica del paciente.

5. La terapia cognitivo-motivacional y la identidad

Según Rufus May (2005), la conciencia de enfermedad lleva a la persona directamente a poner en crisis su identidad social. Recibe un diagnóstico estigmatizante que le lleva a experimentar una sensación de pérdida de normalidad; sensación que puede resultar muy amenazante para el paciente. Es habitual que se establezca un sentimiento real de fracaso y de desesperanza social. Por lo tanto, hay un período de tiempo tras el primer episodio psicótico en el que la persona puede sumirse en un proceso de duelo complejo por la pérdida de su anterior identidad (Ridway, 2001).

El inicio de la enfermedad suele situarse en una etapa de la vida cargada de experiencias y de construcción-consolidación de la identidad (May, 2005). La eclosión del primer episodio irrumpe en la vida de la persona paralizando prácticamente todas las esferas que la configuran; el rol laboral o profesional, la formación, la esfera familiar, social y la relación de pareja.

Durante el proceso terapéutico el trabajo va a centrarse en la recuperación clínica de la persona pero también en la reconstrucción de todo aquello que ha quedado estancado durante este período.

Además, si se confirma el trastorno esquizofrénico, la persona va a sufrir una serie de cambios cognitivos derivados del deterioro de algunas funciones superiores como la memoria, la atención, la concentración, las funciones ejecutivas o las anomalías en el curso del pensamiento (Frith, 1995; Norman *et al.*, 2001; Amminger *et al.*, 2002).

La práctica clínica y el trabajo con personas afectadas de esquizofrenia nos ha llevado a la idea de que durante la fase de recuperación del primer episodio la persona va a sentir una serie de pérdidas, tanto concretas (ej. trabajo) como ambiguas (Boss, 2001), es decir, aquellas en las que todavía se puede albergar la esperanza de una posible recuperación (ej. memoria, atención, pérdidas de roles, etc.). Por todo ello, la persona tendrá que afrontar múltiples procesos de duelo durante los cuales el terapeuta deberá estar atento para ayudarle en su elaboración (Palma *et al.*, 2006).

6. Niveles de la terapia y objetivos generales

6.1. Niveles de intervención

El programa de intervención precoz tiene una duración aproximada de 34 a 36 sesiones, se estructura en tres niveles y en base a los siguientes objetivos terapéuticos:

- Sesiones psicoeducativas (2 sesiones aproximadamente)
- Terapia Familiar (entre 6 y 8 sesiones)
- Terapia cognitivo-motivacional individual (entre 24-26 sesiones)

6.2. Objetivos del PIPE

En la tabla 17 se presentan los objetivos del PIPE en función de los niveles asistenciales:

Tabla 17

Objetivos del PIPE

Objetivos de las sesiones psicoeducativas y la terapia familiar
<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer el compromiso de la familia en el proceso terapéutico del paciente evitando culpabilizar y reforzando las actitudes positivas de su motivación por ayudar. - Proveer a las familias y a los pacientes de una información estructurada y actualizada sobre la naturaleza de la enfermedad. - Ofrecer información desde una perspectiva práctica y de manera individualizada, haciendo énfasis en aquellos conflictos que puedan resultar más problemáticos para la familia. - Favorecer una mejor comprensión de los síntomas del paciente y ayudar a que encuentren un modelo que le dé sentido a las conductas y sentimientos del paciente, así como a los propios. - Asesorar y mejorar la resolución de problemas en el manejo de la enfermedad. - Ofrecer pautas y orientaciones de intervención en crisis. - Favorecer el establecimiento de límites entre la pareja de padres y el paciente y promover la independencia del paciente en el caso de que sea necesario. - Mejorar la comunicación familiar a través de pautas de modelado, <i>role-playing</i> y retroalimentación. - Transmitir y enseñar estilos comunicativos dirigidos a la construcción de habilidades de solución de problemas relacionadas con el pobre funcionamiento social del paciente y a la gestión de emociones vinculadas al impacto de la enfermedad en el sistema familiar.

- Reforzar aquellos aspectos positivos y los recursos de afrontamiento que la familia y el paciente ponen en práctica ante la enfermedad.
- Favorecer las habilidades de detección de signos tempranos de las recaídas.
- Establecer un marco terapéutico sólido que fomente una mayor confianza con el equipo responsable y una actitud de cooperación en el manejo de la enfermedad y los problemas que de ella se derivan.

Objetivos de la terapia cognitivo-motivacional individual

- Crear un clima terapéutico basado en la confianza que favorezca la participación activa de la persona como experto en el sentido de que es el que mejor conoce sus problemas.
- Ayudar a la persona a alcanzar un entendimiento de la enfermedad que promueva su participación activa en reducir el riesgo de recaídas y los niveles de desajuste social.
- Favorecer la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como psicológico.
- Reducir el estrés y las interferencias producidas por los síntomas positivos en el funcionamiento de la persona.
- Trabajar el manejo de las emociones acaecidas tras el primer episodio psicótico.
- Ayudar a la persona a desarrollar una nueva comprensión sobre sus experiencias psicóticas, a dotarlas de sentido y a reestructurarlas con alternativas válidas a su experiencia.
- Trabajar la afectividad y la autoestima asociada a la presencia de los síntomas persistentes.
- Fomentar el desarrollo de estrategias de afrontamiento de sus síntomas y problemas.
- Fomentar la identificación de los procesos cognitivos que sostienen los delirios y las alucinaciones.
- Trabajar en cambio de hábitos en relación al consumo de sustancias.
- Fomentar la identificación de los síntomas asociados a la inminencia de una recaída y a controlarlos.

6.3. Los objetivos basados en las necesidades

La estructuración de la terapia se elabora en base a las necesidades del paciente, teniendo presentes los objetivos propuestos y sobretodo respetando el ritmo y el *tempo* de la persona en el marco de la relación terapéutica. Esta premisa es *conditio sine qua non* para garantizar la existencia del un vínculo terapéutico genuino, de los elementos motivacionales de la terapia y, por tanto, de la efectividad de las técnicas orientadas a la consecución de objetivos.

Se trata pues de una terapia estructurada aunque la secuencia y la disposición de las técnicas variará en función de las necesidades de la persona, de sus características personales y clínicas.

El objetivo de esta flexibilidad en la secuencialidad de sus elementos es utilizar todos los ingredientes activos que describiremos a continuación pero a medida de la persona, respetando el proceso, ajustándolos a las limitaciones de la relación terapéutica y aprovechando los recursos personales del paciente para afrontar las situaciones y dificultades derivadas de la enfermedad.

Componentes de la aplicación clínica

A continuación se describirá la aplicación clínica del programa, presentando la manera de proceder en el abordaje de cada uno de los componentes y exponiendo las estrategias y técnicas empleadas en función de los objetivos.

1. La alianza

La alianza en la relación terapéutica configura una base esencial para la aplicación de este programa. El terapeuta debe facilitar y promover una construcción sólida de la relación basada en la confianza y complicidad con el paciente frente a los problemas y a las relaciones que han quedado afectadas tras el primer episodio.

La consolidación de la relación terapéutica con el paciente exige habitualmente una inversión de energía emocional considerable por parte del terapeuta, sobretodo durante los primeros meses de tratamiento. Debe fundamentarse en los principios humanistas de aceptación incondicional,

empatía y autenticidad y, además, incluir buenas dosis de flexibilidad en equilibrio con los límites del compromiso terapéutico.

La consolidación de la alianza terapéutica deberá verse reflejada posteriormente en la adherencia al tratamiento, el una buena utilización de los servicios y en la viabilidad de un buen trabajo en el área emocional del paciente. Es por este motivo por el que se hace necesario una notable implicación inicial del terapeuta y un alto nivel de disponibilidad.

1.1. Estrategias y dificultades habituales

- La flexibilidad inicial en las visitas.

Teniendo en cuenta la baja o nula conciencia de enfermedad que se observa habitualmente en personas que han sufrido un primer episodio psicótico, es necesario abordar con mucha cautela el compromiso con la asistencia a las visitas. El paciente a menudo es capaz de expresar, de manera verbal o no verbal, el malestar emocional de la experiencia del ingreso, o del contacto con otros profesionales, la incertidumbre, el desconcierto, etc., a pesar de no tener conciencia de realidad respecto a sus síntomas.

Por este motivo, se hace necesario que el terapeuta se muestre cálido, comprensivo y atento siempre a la experiencia subjetiva y no tanto a que el paciente comprenda un diagnóstico que el profesional ya ha podido percibir.

En esta fase inicial del tratamiento, la asistencia del paciente a las visitas suele ser irregular. Es posible que a menudo se olvide de la hora, se equivoque de día o se muestre resistente a acudir a las sesiones dado que es un espacio donde tratar aspectos que en otros ámbitos probablemente intente evitar. En este sentido es recomendable que el terapeuta se anticipe a estas irregularidades y se comprometa a ayudarlo a organizarse. Durante la aplicación de este programa hemos considerado las siguientes estrategias dependiendo del grado de autonomía y compromiso del paciente:

- Explicar al paciente las horas y días de visita en los que puede encontrar a su terapeuta y ofrecerle asistencia siempre que quiera venir de una manera no programada o realizar alguna consulta telefónica siempre si se siente mal.
- Llamar por teléfono algunas horas antes de la consulta.

- Comprometernos a darle una nueva hora de visita inmediatamente en el caso de que se le olvide asistir.
 - Explicarle al paciente que es conveniente siempre llamar por teléfono y hablar directamente con el terapeuta para anular la visita, en caso de que sea necesario. Para ello el terapeuta debe indagar en los motivos de la falta de asistencia y comprometerse con el paciente a dar una nueva hora en un breve período de tiempo.
 - En el caso de que el paciente no acuda a la visita y no avise, el terapeuta debe llamarle por teléfono el mismo día e intentar ofrecer nueva visita.
 - Para poder manejar esta flexibilidad de visitas tan poco habitual en la asistencia ambulatoria, se hace imprescindible la coordinación con los servicios administrativos de manera que puedan facilitar y favorecer esta flexibilidad en la programación y en la accesibilidad telefónica.
 - Durante la aplicación del programa los servicios administrativos deben tener una lista con la identificación de los pacientes con los que abordamos la adherencia al tratamiento. Es también una forma de hacerlos sentir cómodos con la terapia, seguros con la accesibilidad y de que sus dificultades de adherencia no presenten un problema en el abordaje.
- *La complicidad*
- Es esencial transmitir al paciente que somos sus aliados frente a todo lo que actualmente en su vida represente un reto o una amenaza. Las citas con la familia se proponen siempre con el objetivo de ayudarlo a él con sus necesidades y su bienestar en el ámbito familiar. Será también importante señalar y remarcar continuamente las bases de la relación terapéutica respecto a la confianza y la confidencialidad. Para ello consideramos de especial utilidad las siguientes estrategias:
 - En el caso de que entre a sesión algún miembro de la familia es importante preguntar siempre al paciente si quiere estar presente y señalar que no se va a tratar ningún tema que él no desee. Para ello terapeuta y paciente hacen un pacto previo.

- Preguntar siempre al paciente ante cualquier dificultad si nos da permiso para que intervengamos. Pedir permiso para todo inicialmente da al paciente una sensación de control que va a tener un efecto sobre la propia seguridad, sobre la confianza en la alianza terapéutica y establece una relación más simétrica con el profesional donde quedan más explicitados los derechos y deberes tácitos de la relación.

- La tolerancia al proceso

El impacto emocional sobre la persona que ha sufrido un primer episodio psicótico es altamente complejo. Esto va a suponer una especial atención al proceso de la persona por parte del terapeuta hacia las resistencias del paciente al tratar algunos temas con carga emocional.

Este es el principal motivo por el que el programa de tratamiento debe confeccionarse como un traje a medida sin que los objetivos marquen en ritmo del paciente. El tempo emocional lo tiene la persona que está experimentando el malestar, no el programa; y el trayecto de este camino el paciente se enfrentará a los objetivos en la medida que vaya estando preparado emocionalmente.

Para ello, el terapeuta debe estar alerta a las señales verbales y no verbales, incluso las conductuales, como la falta de asistencia a visitas, el llegar tarde a las sesiones, hablar de temas banales evitando tratar lo que le preocupa, etc. y poder flexibilizar el programa a su ritmo.

Para su propio bienestar es tan importante que el terapeuta pueda respetar su proceso como que el propio paciente pueda tolerar muchas veces la lentitud en la que aparecen los pequeños cambios. Es por ello por lo que, sobre las bases de una buena alianza, el terapeuta debe ser un modelo de tolerancia a los procesos.

2. El trabajo emocional

El impacto de un primer episodio sobre la persona engloba muchos aspectos, como las dificultades en el procesamiento de la información, en algunos casos de deterioro cognitivo, los trastornos del pensamiento, la pérdida o modificación de muchas relaciones, el aplazamiento de muchas áreas de funcionamiento global, etc. Muchos pacientes lo describen como 'una paralización de la vida'.

Como experiencia subjetiva supone una vivencia de múltiples pérdidas, en el ámbito relacional, familiar, laboral y de capacidades personales. Pérdidas a las que la persona deberá enfrentarse en un contexto de incertidumbre y desconcierto.

Es habitual observar que las primeras estrategias de afrontamiento del paciente frente a la eclosión del primer episodio han sido de negación o evitación. Estos mecanismos son importantes sistemas de defensa ante un proceso complejo al que deberá enfrentarse. Y es en este momento en el que el terapeuta deberá tratar con mucha cautela los límites que el paciente nos presenta ya que de no ser así podría verse afectada la relación terapéutica.

Además, hablar de la experiencia psicótica subjetiva comporta siempre un estado emocional intenso que deberá tratarse con mucha precaución ya que un estrés emocional intenso y duradero (aún en el contexto de la terapia) puede sobrecargar la limitada capacidad del paciente para procesar la información y elaborar las emociones, provocando recaídas (Roder, Brenner, Hodel y Kienzie, 1996).

Para el trabajo con las emociones, hay tres componentes principales a tener presente:

a) El trabajo del autoconcepto y la identidad

Es muy importante ayudar al paciente a reforzar un autoconcepto que no esté basado en el trastorno que presenta. Para ello podemos utilizar estrategias y técnicas que integren componentes cognitivos y emocionales, tales como:

- *Autocaracterización* (Kelly, 1955): se trata de elaborar de forma escrita una autodescripción bajo la consigna siguiente: "Describe a ti mismo como si quien escribiera fuera alguien que te aprecia y te conoce bien". El terapeuta debe aprovechar el material que aporta el paciente para trabajar y reforzar todos los aspectos que configuran la percepción de sí mismo, controlando los etiquetajes referidos a la enfermedad.

Es habitual observar que la persona describe una percepción de sí mismo un tanto difusa y con buenas dosis de incertidumbre e inseguridad. A menudo esto es debido a los complejos procesos de adaptación a las diferentes pérdidas vinculadas a la

enfermedad. El paciente se suele preguntar aspectos como: '¿volveré a ser como era antes?', 'he cambiado mucho y no me reconozco en mi mismo'.

En este caso, se abre una nueva ventana terapéutica para trabajar aspectos de reestructuración de una nueva identidad procurando evitar el estigma de la enfermedad y haciendo énfasis en los aspectos que configuran al paciente como persona y los recursos que le son útiles.

Algunas estrategias para facilitar este proceso del trabajo del autoconcepto serían:

- *La expresión escrita retrospectiva:* se le pide al paciente que nos escriba acerca de él mismo antes de la aparición del malestar o del primer episodio psicótico. Este material debe ser utilizarlo para identificar los aspectos de la percepción del 'sí mismo' que permanecen conservados para poder reforzar todo aquello que no ha cambiado. El objetivo es proporcionar al paciente una base segura y familiar de aspectos de su propia identidad sobre la cual reconstruir un nuevo auto concepto realista, adaptado y cómodo para la persona.
- *Devolución escrita de la descripción completa:* se trata de que el terapeuta recoja aspectos de ambas descripciones y redacte una nueva autocaracterización que englobe los aspectos más importantes de la persona (tanto los explicitados por el paciente como los observados por el terapeuta) y realice una devolución al paciente donde se discutan conjuntamente algunos los aspectos y se puedan modificar los que el paciente desee.

El objetivo es que el paciente pueda sentirse cómodamente identificado con una nueva descripción de sí mismo, favoreciendo así la seguridad y enfatizando la importancia de los rasgos y recursos personales frente a las dificultades que representa la enfermedad. No obstante, cabe tener presente que se trata de una estrategia de una elaboración a largo plazo y minuciosa que requiere un conocimiento profundo del paciente.

- *Interpretación del rol en contextos reales y refuerzo de los nuevos aspectos incorporados a la autocaracterización:* El terapeuta debe pedirle al paciente que preste especial atención a cómo se siente haciendo presentes los nuevos elementos que se han incorporado en la imagen de sí mismo. Es recomendable que el paciente pueda registrar las situaciones en las que se ha puesto en acción algunos de los roles tratados en terapia y anotarlas explicitando las emociones asociadas para después poderlas tratar durante la sesión.

b) Trabajando la conciencia de enfermedad

El trabajo con la conciencia de enfermedad debe estar vinculado únicamente con la toma de la medicación de la forma más autónoma posible y la adherencia al tratamiento y cumplimiento de indicaciones terapéuticas. Se debe evitar una toma de conciencia brusca y traumática ya que podría dificultar la mejora debido a la sintomatología depresiva que puede asociarse, disminuyendo así su calidad de vida (Doyle *et al.*, 1999; Palma *et al.*, 2005).

Es recomendable trabajar más con las emociones que se generan de esta toma de conciencia parcial que con que el paciente disponga de toda la información científica que conoce el clínico. Es habitual que el paciente se haga preguntas acerca de sus dificultades o que muestre rabia o tristeza tras haber conocido la etiqueta diagnóstica por un informe o por algún profesional que le ha atendido en urgencias. Toda esta amalgama de sentimientos debe ser objeto de trabajo y no de evitación por parte del terapeuta. Se debe facilitar la expresión de sentimientos, de una manera controlada y concreta, basándose en situaciones que han provocado malestar. Debe hacerse de una manera cautelosa ya que la expresión y el trabajo demasiado intenso con estas emociones podría precipitar una agudización del cuadro.

Es éste, por tanto, un momento crucial y delicado para el paciente, por lo que el terapeuta trabajará con mucha precaución intentando tratar pocos elementos de alto contenido emocional y concretando el máximo que le sea posible, conteniendo el despliegue desbocado de emociones intensas.

Algunas estrategias que facilitan la expresión de emociones de manera concreta son:

- *La expresión escrita:* muchos pacientes aportan de manera espontánea escritos donde abordan temas que le han preocupado o que le han generado sensaciones negativas durante la experiencia de ingreso, con la familia o en cualquier contexto. Es deseable aprovechar todo el material escrito, diarios, notas, etc. para ayudar al paciente a concretar situaciones y expresar el malestar.
- La mayoría de las veces se trata de un malestar natural y reactivo a situaciones que son adaptativas, independientemente del diagnóstico. En estos casos el terapeuta debe reforzar la naturalidad de sus sentimientos respecto a la experiencia que explica, prestando buenas dosis de empatía a la vez que contención.
- *Carta a la enfermedad:* Se trata de una técnica original de las terapias narrativas y que ha sido bien definida por algunos autores para el abordaje del duelo (Poch y Herrero, 2003). Consiste en pedirle al paciente que le escriba una carta ficticia, utilizando su imaginación, a aquello que ha sido la causa de tanto malestar: la enfermedad. Algunos pacientes, sobretodo aquellos que tienen un buen nivel intelectual y una buena capacidad de *insight*, tienden a buscar información en libros, en páginas web, etc. y muchas veces acuden a consulta mostrando sentimientos de alta intensidad, de desconcierto, de rabia o de tristeza. La estrategia de la carta a la enfermedad es recomendable utilizarla sólo en este tipo de casos ya que las emociones ya han sido generadas y se hace necesario un contexto de contención y delimitación. El papel será útil para hacer de recipiente de todas estas emociones y el terapeuta debe limitar el espacio para escribir (una página máximo) con tal de poder extraer las emociones que generan más malestar y contenerlas.

c) El trabajo con la toma de decisiones.

La indecisión habitualmente forma parte del cuadro sintomático del paciente, pero no es de extrañar que tras un proceso de adaptación con tantas pérdidas, tan intenso y complejo, el paciente pueda sentirse inseguro y adopte una posición pasiva, e incluso dependiente en el

momento de tomar decisiones o adoptar una postura. El terapeuta debe favorecer y facilitar que el paciente resuelva situaciones asumiendo la responsabilidad de sus decisiones. Muchas de las estrategias facilitan que el paciente realice cambios en la perspectiva de su situación, mediante ejercicios que requieran cambios de posición en la sesión (ponerse de pie, cambiar de espacio, de silla...) o concreción de las alternativas, entre otras. Algunas de estas estrategias pueden ser:

- *Las técnicas de resolución de problemas* (D´Zurilla y Goldfried, 1971) facilitan el comportamiento activo para la toma de decisiones además de resaltar el aprendizaje de las propias experiencias. Cada alternativa a la solución del problema se puede representar también por un espacio temporal (sillas, cojines, etc.)
- *La técnica de la silla vacía* (Perls, 1974): para trabajar el afrontamiento relacional y la toma de posición frente el foco de conflicto.
- *La línea del tiempo* (Bandler y Grinder, 1975): se trata de una técnica para facilitar que el paciente tenga una perspectiva distinta de su situación y se de un consejo a sí mismo proyectándose en un futuro donde se imagina que habrá adquirido más habilidades para afrontar una situación. Una vez se ha dado un consejo a sí mismo, se le puede pedir al paciente que se haga un regalo simbólico que le ayude a afrontar la situación diana.

e) El trabajo con el proceso de duelo

La mayoría de procesos de duelo se inician en base a una pérdida principal que va a ir acompañada de otras secundarias (Rando, 1984). Por ejemplo ante la muerte de un ser querido (pérdida principal) la persona siente también la pérdida de los roles que ejercía esta persona (pérdidas secundarias). En este caso inicialmente es consciente de la pérdida principal, y progresivamente se va dando cuenta de las secundarias.

Como ya mencionábamos en el capítulo 5, en la esquizofrenia este proceso podría ser inverso. La persona primero puede empezar a acusar las pérdidas secundarias y posteriormente la

principal. Además se suma la dificultad de que ambos tipos de pérdidas podrían ser ambiguas dificultado mucho más dicho proceso.

En las consultas con pacientes que sufren esquizofrenia, es habitual escuchar preguntas como: *¿Cuándo podré leer como antes?; Cuando pase un tiempo... ¿me podré concentrar mejor?; ¿Cuándo podré dejar de tomar la medicación?*

El problema estriba en que no hay conciencia de pérdida definitiva e irrecuperable por lo que el individuo alimenta la esperanza de recuperación de lo perdido. Y es aquí, en la esperanza de recuperación, donde podemos ejercer una tarea terapéutica importante (Palma *et al.*, 2006).

Para el abordaje del paciente en la fase inicial de la esquizofrenia, el clínico ha de tener presente que hay fenómenos que se van a solapar y es importante poder diferenciarlos para un correcto tratamiento a nivel emocional. Por un lado, la sintomatología psicótica positiva y negativa, tiene una repercusión directa en las emociones. En contrapartida, el proceso de duelo, genera emociones relacionadas con la sintomatología ansiosa y depresiva. De este modo, es interesante dilucidar cuándo estas emociones deben ser atribuidas a un proceso o a otro.

Si se trata de un proceso de duelo la primera tarea del terapeuta es clarificar en qué fase del proceso se halla: comprensión de la enfermedad, toma de conciencia de las repercusiones o afrontamiento de la misma. Por otro lado, cabe tener presente aquellos elementos que la van a acompañar: mecanismos de defensa, introspección, esperanzas etc.

Una vez delimitada la fase de duelo en la que se halla el paciente la tarea debe orientarse a trabajar el concepto de recuperación. Esto es, transmitir y matizar de una manera clara y comprensible para el paciente que la recuperación es un proceso continuo que no implica la desaparición total de las dificultades. El terapeuta tiene que asegurarse de que el paciente comprende, acepta e integra la idea de que habrán aspectos que pueden mejorar aunque no lleguen a recuperarse al nivel previo al inicio de la enfermedad.

El acompañamiento terapéutico en el duelo debe abarcar tres tareas fundamentales e imprescindibles:

- En primer lugar, acompañar al paciente en la gestión de las emociones que acarrearán a las pérdidas (apoyo emocional).
- En segundo lugar, favorecer un reajuste de las esperanzas de recuperación realista. Finalmente, facilitar la reconstrucción de una nueva identidad basada en el mantenimiento o conservación de los aspectos más estructurales del paciente, no vinculando a la persona con la enfermedad como base de su identidad.
- Sin duda, la redefinición de la persona debe encontrar vínculos con la identidad perdida puesto que aportan el grado de seguridad necesaria para completar el proceso de duelo. Si no, la confusión y la inseguridad van a representar un obstáculo en este proceso.
- La reconstrucción de la identidad debe basarse en generación de constructos identitarios claros, delimitados y precisos que faciliten la autoidentificación de la persona.

3. Tratamiento de los síntomas

El síntoma suele ser habitualmente una fuente principal de queja del paciente. De hecho gran parte de su malestar está muy vinculado a los síntomas psicóticos. En el trabajo individual con el paciente y atendiendo a los objetivos terapéuticos propuestos, se realizarán tareas destinadas a fomentar estrategias de afrontamiento de los síntomas psicóticos.

Para el trabajo cognitivo con los síntomas se hace imprescindible fomentar un rol activo de la persona para crear e interpretar la experiencia. Para ello, es importante que el terapeuta adapte su vocabulario al del paciente para referirse a sus emociones y experiencias (ya sean objetivas o no).

Muchas veces observaremos que el esfuerzo activo del paciente es de corta duración y poco frecuente, influidos por un pronunciado locus de control externo. En estos casos el refuerzo de comportamientos donde el paciente adopta este rol activo de forma progresiva se hace imprescindible (Yusupoff y Haddock, 2004).

A continuación se desarrollan las diferentes tareas llevadas a cabo con diferentes estrategias y técnicas de afrontamiento empleadas descritas por diferentes autores y que el grupo inglés recoge y agrupa en su programa de intervención psicológica en la esquizofrenia (Birchwood y Tarrier, 1995).

Estrategias cognitivas

- *Desviación de la atención (distracción)*
- *Restricción de la atención*
- *Autoafirmación*
- *Técnicas de reestructuración cognitiva* (Chadwick y Trower, 1996; Fowler *et al.*, 1998)

Estrategias conductuales

- *Aumentar los niveles de actividad*
- *Aumentar la actividad social*
- *Reducción de la actividad social*
- *Comprobación de la realidad*
- *Técnicas de focalización* (Morrison y Haddock, 1997).

Adaptado de Birchwood, M. y Tarrier, N. (1995). El tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Barcelona: Ariel Psicología. (p.159)

Existen dos dificultades básicas en el trabajo con los síntomas: el déficit en el procesamiento de la información y el sentido de la presencia del síntoma. Estos dos aspectos deben tomarse con mucha cautela en el momento de utilizar las estrategias descritas en el cuadro anterior.

Entre las dificultades en el procesamiento de la información podemos destacar el déficit en la función de filtraje para seleccionar los estímulos relevantes, dificultades para mantener y dirigir la atención, así como para disponer de la información ya almacenada, disminución de la capacidad de abstracción, y para dar sentido interpretativo a la expresión emocional y a los pensamientos (Roder *et al.*, 1996; Hodel y Brenner, 2004). Debido a todas estas dificultades, se recomienda que la comunicación con el terapeuta quede establecida en términos claros, simples

y concretos y de la forma más breve posible, repitiendo a menudo los contenidos clave o preguntando de forma regular los aprendizajes que ha realizado para evitar interpretaciones erróneas. Si las dificultades de atención son muy acusadas es deseable que se programen sesiones cortas y más continuadas.

Respecto al sentido de la presencia de los síntomas es importante evaluar la función del delirio antes de introducir cambios en la reducción de su frecuencia, ya que podría afectar a la autoestima de la persona. Se debe tener presente, por tanto, que el delirio es el intento que hace el paciente de explicar lo que sucede a su alrededor, por lo que previamente a su invalidación tendrá que encontrarse una alternativa válida (Palma *et al.*, 2005).

Una actitud adecuada delante de la expresión de alucinaciones y delirios por parte del paciente es la empatía y así conectar con lo que el paciente puede estar sintiendo debido a estos síntomas. Una crítica directa o mostrarse de acuerdo con lo que perciben es una actitud poco adecuada (Palma *et al.*, 2005).

4. Tratamiento de la ansiedad en el paciente.

La experiencia de la psicosis es estresante *per se*, y la ansiedad va a acompañar al paciente en muchos momentos de su proceso. Es por ello por lo que una de las tareas del clínico se va a centrar en ayudar al paciente a desarrollar una nueva comprensión su experiencia favoreciendo así un mayor control de la misma.

Algunas de las estrategias útiles para su abordaje son:

- *Dar sentido a la ansiedad de la experiencia psicótica:* se trata de una técnica desarrollada por el equipo de Londres basada en el "*mapa de antecedentes y consecuentes*" y adaptada al tratamiento de ideas delirantes (Fowler *et al.*, 1995). El uso de esta estrategia requiere el trabajo con una hoja de papel en la que pueden escribir tanto paciente como terapeuta. Se trata de que el terapeuta empiece por esquematizar la situación que plantea el paciente, en la que ha sufrido ansiedad y vaya incorporando todas las variables que el paciente explicita.

Una vez construido el esquema, el terapeuta intenta ofrecer un marco explicativo de qué cual es el foco de ansiedad y su conexión con los pensamientos que expone. El

terapeuta debe ofrecer al paciente el esquema para que el modifique lo que crea conveniente haciendo énfasis en su condición de experto de su propia experiencia y su intención de comprenderla mejor para poder rehuir la ansiedad dentro de lo posible.

El objetivo es que el paciente pueda dar sentido a su ansiedad en base a los acontecimientos y su sistema de creencias con la mera intención de comprenderla y conocer sus antecedentes.

- *Relajación*: se recomienda el Entrenamiento en Relajación Progresiva de Jacobson. No se indica en pacientes en estado agudo.
- *Incremento de hábitos de deporte*
- *Estrategias de control de la respiración* (respiración abdominal o diafragmática, habitualmente practicada de forma integral con el entrenamiento de relajación).

5. Tratamiento de la ansiedad en la familia

El impacto de un primer episodio en la familia tiene una repercusión directa sobre la ansiedad. La familia va a tener que realizar un esfuerzo notable para adaptarse a una nueva realidad. Es por este motivo por el que el abordaje familiar tras el primer episodio psicótico tendrá un doble objetivo. Por un lado ofrecer pautas y orientaciones psicoeducativas que ayuden a la familia a tener una comprensión más clara y realista de la enfermedad. A su vez, será necesario acompañarles y orientarles y facilitar el abordaje de la ansiedad, de la comunicación con el paciente y la resolución de dificultades y problemas cotidianos en relación con el paciente.

A continuación se expondrán las tareas y estrategias útiles para la consecución de ambos objetivos.

- a) *Orientaciones psicoeducativas (se realizan con la familia sin el paciente en sesión)* (Anderson *et al.*, 1986; Kuipers *et al.*, 1992).
 - Ofrecer una información estructurada y actualizada sobre la naturaleza y las características de la enfermedad.

- Explorar la existencia de creencias erróneas, mitos y estereotipos que se puedan tener sobre la enfermedad con el objetivo de deshacerlas y fomentar la discusión.
- Ofrecer información sobre los tipos de tratamiento existentes, sus efectos secundarios y el procedimiento. También sobre los beneficios de tomar la medicación neuroléptica y la importancia de sus efectos sobre la enfermedad.

La tarea psicoeducativa, llevada a cabo siempre bajo un estilo motivacional, se suele llevar a cabo durante la primera fase del proceso y con la familia y el paciente por separado.

b) Abordaje de la ansiedad, las emociones y la resolución de problemas

- Se tratarán los sentimientos de culpa derivados del impacto de la enfermedad en el sistema familiar y la eclosión del primer episodio, reforzando sus actitudes positivas hacia el deseo de ayuda hacia el paciente.
- Se ofrecerán estrategias de gestión del estrés mediante pautas de afrontamiento ajustadas a los recursos psicológicos de cada miembro de la familia.
- Se enfatizará la necesidad de establecer límites claros entre la pareja paterna y el paciente favoreciendo la progresiva independencia del hijo (en el caso de que sea necesario).
- Se ofrecerá ayuda en el manejo de las emociones y pensamientos negativos vinculados a la enfermedad del paciente. Para ello se hará uso de las siguientes estrategias:

-Técnicas de relajación

- Entrenamiento en autoinstrucciones (autoafirmaciones para controlar la ansiedad provocada por factores contextuales en la relación con el paciente)
- Reestructuración y reevaluación de los pensamientos negativos vinculados a los comportamientos del paciente)
- Reforzar la necesidad de "dedicarse un tiempo a sí mismos y al cuidado de la relación de pareja"

- Se trabajará en la mejora de la resolución de problemas en el manejo de la enfermedad y se incidirá en aquellas situaciones y síntomas que más preocupen a la familia.
- Se ofrecerá un enfoque individualizado basado en las experiencias y conflictos de la propia familia. Se recomienda trabajar con ejemplos concretos y hacer uso de técnicas como el role-playing para favorecer el facilitar la evaluación y el ensayo de las nuevas conductas frente al paciente. Este procedimiento deriva del método clásico descrito por (D'Zurilla y Goldfried, 1971).
- Se trabajará la comunicación familiar con el objetivo de lograr una expresión de sentimientos más saludable, disminuir los niveles de emoción expresada, hacer peticiones de una manera asertiva y favorecer la escucha activa.
- Se ofrecerán pautas de comunicación funcionales (Anderson *et al.*, 1986):
 - Dar mensajes cortos y claros
 - Concretar
 - Hablar directamente con la persona en concreto
 - No etiquetar (concretar)
- Se orientará a los familiares con pautas conductuales específicas para problemas concretos.
 - Técnicas de manejo del estrés (relajación)
 - Estrategias operantes para aumentar o disminuir conductas disfuncionales del paciente.
 - Fijación de límites
- Favorecer nuevos aprendizajes de vida frente a la enfermedad del hijo. Aprender a tolerar el proceso, a aceptar los límites, a aceptar de manera realista la nueva situación, a tolerar la frustración y la pérdida, y a apreciar el "aquí y ahora", valorar los

pequeños cambios con un patrón de comparación interno así como las capacidades y recursos funcionales para readaptarse a una nueva situación.

- Refuerzo de la autonomía del paciente. El terapeuta debe facilitar y catalizar el incremento de la actitud positiva hacia el paciente. Una de las tareas que se propone durante la intervención es la cesión progresiva del control de la medicación y de las visitas al paciente. Algunas de las estrategias útiles son:
 - *El "traspaso de cartilla"*: se trata de que el terapeuta esté atento al momento oportuno en el que el paciente esté preparado para hacerse cargo del control de sus visitas y su medicación para proponer un ejercicio "ritual" que se hace durante la sesión con la familia. Durante esta sesión, la familia introduce en una carpeta todo lo referente a visitas, controles psiquiátricos, con enfermería y con el mismo terapeuta para proceder a la cesión del control. La familia debe dar al paciente toda la documentación y comprometerse a supervisar inicialmente el correcto cumplimiento para progresivamente ceder el control total al paciente.
 - *"La alarma"*: esta técnica también se aplica cuando se anticipa que el paciente podrá hacerse cargo de la toma de medicación. Éste debe comprometerse a administrarse correctamente la medicación haciendo uso de una alarma (por ejemplo de teléfono móvil). Por su parte la familia se comprometerá a supervisar la correcta toma mediante el uso de una caja pastillera inicialmente. Progresivamente, la familia deberá ceder el control completo de la toma de medicación.

6. Tratamiento del consumo de sustancias

Para el abordaje del consumo de sustancias se utilizan técnicas y estrategias motivacionales de cambio basadas en la EM de Miller y Rollnick (1991) con adaptaciones para el abordaje del paciente esquizofrénico (Palma *et al.*, 2005).

El objetivo de esta intervención es favorecer la motivación intrínseca para el cambio de hábitos con la finalidad de que el paciente mantenga de una manera más sólida el cambio que el mismo ha decidido llevar a cabo. Se trata de acompañar al paciente a manejar su propia ambivalencia y que llegue a la propia determinación y cambio activo consolidado de la conducta en cuestión.

7. Prevención de recaídas

La prevención de recaídas se abordará en base a dos objetivos. El primero tiene que ver con ayudar al paciente a que tenga habilidades de detección de signos y síntomas de la recaída. Por otro lado, el segundo objetivo tiene que ver con la logística de servicios y el plan de acción. Estas estrategias han sido adaptadas y desarrolladas al abordaje de la fase posterior al primer episodio por el grupo de Birmingham (Birchwood, Spencer y McGovern, 2000).

a) Elaborando un plan de detección:

- Trabajar en la identificación de signos y síntomas (en función de la manifestación clínica del primer episodio) que preceden la recaída.
- Estrategias de autocontrol de la ansiedad (control de la respiración o relajación progresiva).
- Identificación de los propios riesgos en función de su funcionamiento diario y hábitos (alcohol, consumo de sustancias, actividad laboral el estrés en las relaciones conflictivas, etc...)

b) Construyendo una ruta de acceso a los servicios.

Es importante que el paciente conozca bien la accesibilidad diaria de su terapeuta y disponga de un número de teléfono directo donde contactar con él durante las horas acordadas. Para ello es deseable que el equipo administrativo y recepcionistas tengan presente que el paciente está realizando el programa para facilitarle la conexión con su terapeuta lo antes posible.

- Ofrecer pautas de actuación inmediata y de uso de recursos asistenciales adecuados.
- Diseño de un plan individualizado de prevención en el que se incluirán todos los recursos de emergencia disponibles y la forma de acceder a ellos: personas de confianza a las que acudir en caso de dificultades, personal sanitario accesible en distintas horas y momentos de la semana y el centro hospitalarios de referencia.
- Es importante realizar un plan estratégico adaptado durante las épocas de vacaciones, tanto las del paciente como las del terapeuta.

8. Acompañando al paciente a reemprender de nuevo actividades normalizadas.

Durante la aplicación del programa es fundamental que, en la medida de lo posible, el paciente recupere su funcionamiento global, ya sea laboral o de formación. Por este motivo debe existir una buena coordinación con servicios sociales para valorar, en caso de que sea necesario, una intervención de orientación para promover actividades fuera del ámbito familiar. Para ello se disponen de recursos laborales, formativos y de ocio que tendrán la función de promover una nueva reinserción del paciente en la comunidad. En esta fase la coordinación con trabajo social se hace indispensable.

Parte segunda: Diseño y desarrollo del programa PIPE para la esquizofrenia

Capítulo séptimo: objetivos y diseño del estudio para la evaluación de la efectividad del programa PIPE

Objetivos e hipótesis

Diseño del estudio y método

Material y procedimiento

Capítulo séptimo:
Evaluación de la efectividad del programa PIPE: objetivos y diseño

*Las bolas de nieve se hacen grandes al bajar la montaña,
a no ser que puedas pararas al principio...*
N.F (agosto de 2006)

1. Introducción.

En el presente capítulo se presentan los objetivos y el diseño del trabajo experimental de aplicación clínica del programa PIPE, anteriormente desarrollado, para la intervención psicoterapéutica en primeros episodios y la fase inicial. La estructura seguirá las directrices del método científico en cuanto a la definición de los objetivos e hipótesis, la descripción de la metodología utilizada y las técnicas y procedimientos utilizados para la evaluación continuada del estudio.

2. Objetivos**2.1. Objetivos generales.**

1. Evaluar el impacto del programa PIPE en pacientes en la fase inicial de la esquizofrenia en el área del Maresme.
2. Comparar la evolución de los pacientes que han recibido el programa PIPE con los que han formado parte del grupo control.

2.2. Objetivos específicos.

3. Observar el impacto de la intervención precoz sobre la mejoría clínica sintomática en pacientes con un primer episodio de esquizofrenia.
4. Observar las diferencias en la mejoría clínica sintomática entre un grupo que recibirá intervención precoz y un grupo control de pacientes con un primer episodio de esquizofrenia.
5. Observar el impacto de la intervención precoz sobre la prevención de recaídas en pacientes en la fase inicial de la esquizofrenia.

6. Observar el impacto de la intervención precoz sobre el funcionamiento global en pacientes en la fase inicial de la esquizofrenia.
7. Observar el impacto de la intervención precoz sobre la impresión de mejoría clínica en pacientes en la fase inicial de la esquizofrenia.

3. Hipótesis

3.1. Hipótesis generales.

1. El grupo participante en la intervención precoz (PIPE) tendrá una evolución positiva respecto a la evaluación basal (a nivel de recaídas, estado sintomático, la impresión clínica y el funcionamiento global).
2. El grupo participante en la intervención precoz (PIPE) tendrá una mejor evolución que los que participan en el grupo control (GC) en las mismas variables citadas.

3.2. Hipótesis específicas

3. El grupo que recibirá la intervención precoz mejorará su estado sintomático transcurridos 18 meses de la intervención y esta mejoría se mantendrá durante el seguimiento a los 24 meses.
4. El grupo que recibirá la intervención precoz estará clínicamente mejor (respecto a la sintomatología) que los que participan en el grupo control transcurridos 18 meses de intervención y esta mejoría se mantendrá durante el seguimiento a los 24 meses.
5. El grupo que recibirá la intervención precoz tendrá una tasa de recaídas más baja que los que participan en el grupo control tras la intervención y durante el seguimiento a los 24 meses.
6. El grupo que recibirá la intervención precoz tendrá un mejor funcionamiento global que los que participan en el grupo control tras los 18 meses de intervención y esta mejoría se mantendrá durante el seguimiento a los 24 meses.
7. El grupo que recibirá la intervención precoz tendrá una mejor impresión de mejoría clínica tras los 18 meses que al inicio de la intervención y durante el seguimiento a los 24 meses.

4. Método.

4.1. Tipo de diseño

Se trata de un ensayo clínico controlado y aleatorizado con un grupo experimental que recibirá un programa de intervención precoz (PIPE) y un grupo control (GC).

4.1.1. Variables de estudio.

4.1.1.1. Variable Independiente:

Participación en la intervención precoz (PIPE) (ver capítulo 6).

GRUPO PIPE	GRUPO CONTROL
Los sujetos que participen en el PIPE recibirán: <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento farmacológico convencional - Controles Rutinarios Psiquiátricos. - Programa de intervención psicoterapéutica PIPE 	Los sujetos que participen en el GC recibirán: <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento farmacológico convencional - Controles Rutinarios Psiquiátricos

a) Grupo PIPE

La intervención precoz completa tendrá una duración de 18 meses y la terapia se llevará a cabo con una frecuencia quincenal (tanto las sesiones individuales como las familiares) llevada a cabo por una psicóloga. Las sesiones de evaluación se realizaron a parte de las sesiones programadas durante la intervención.

Las sesiones de la evaluación basal anteriores a la aleatorización de los pacientes fueron llevadas a cabo por la misma psicóloga que lleva a cabo la intervención. Las evaluaciones posteriores durante el programa y el seguimiento de ambos grupos fueron llevadas a cabo por tres evaluadoras externas entrenadas de manera homogénea.

b) Grupo control

El grupo control llevará a cabo el seguimiento psiquiátrico convencional, incluyendo el tratamiento farmacológico, visitas regulares en el centro de salud mental con los profesionales de referencia (psiquiatría, enfermería y trabajo social).

4.1.1.2. *Variables dependientes:*

RECAÍDAS	ESTADO CLÍNICO Y FUNCIONAMIENTO GLOBAL
<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso Psiquiátrico: <ul style="list-style-type: none"> - número de ingresos - duración del/los ingresos • Estancias en Hospital de día <ul style="list-style-type: none"> - Número de estancias - Duración de las estancias • Visitas en urgencias, en Servicio de Psiquiatría o en el Hospital General de Mataró. <ul style="list-style-type: none"> - Número de visitas • Agudización de síntomas <ul style="list-style-type: none"> - BPRS (Overall y Gorham, 1962). 	<p>Mejoría clínica</p> <ul style="list-style-type: none"> • PANSS (Peralta y Cuesta, 1994). • BPRS (Overall y Gorham, 1962). <p>Funcionamiento global</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Evaluación de la Actividad Global EEAG (American Psychiatric Association (1987). <p>Impresión de mejoría clínica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Impresión Clínica Global CGI (Guy, 1976).

4.2. Sujetos

4.2.1. *Población y ámbito de estudio*

La población objeto de este estudio está comprendida por todos los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, que están en la fase inicial de la enfermedad y que se han visitado entre el año 2001 y 2003 en alguno de los dispositivos asistenciales de Mataró (Hospital General, Centro de Salud Mental de Adultos, Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil y Hospital de Día).

4.2.2. *Muestra de Estudio*

4.2.2.1. *Criterios de selección*

La muestra está compuesta por sujetos que se encuentran dentro del período inicial de la enfermedad o que hayan sido atendidos por un primer episodio en alguno de los servicios asistenciales de Mataró. Los sujetos han de haber sido diagnosticados, según el DSM IV de esquizofrenia (American Psychiatric Association, 1995). Se definió la fase inicial como los 3 primeros años tras el primer episodio atendiendo a la sugerencia de Perona *et al.* (2004), que sobre las bases de la hipótesis del período crítico (de 2 a 5 años) apuntan que estos tres

primeros años suponen una ocasión extraordinaria para impedir o limitar el declive natural de la psiosis.

Los criterios de inclusión y de exclusión para el estudio son los *siguientes*:

Tabla 18.

Criterios de inclusión y de exclusión en el estudio

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-IV-R (American Psychiatric Association, 1995), utilizando la entrevista semiestructurada SCID. - Pacientes en la fase inicial de esquizofrenia (diagnosticados en los últimos tres años) o que presentan un primer episodio de esquizofrenia (1er episodio psicótico con diagnóstico de esquizofrenia confirmado a los 6 meses). - Atendidos en alguno de los servicios asistenciales de Mataró. - Han de haber firmado el documento del consentimiento informado donde conste su aceptación a la participación en el estudio de manera voluntaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Retraso mental (que implique dificultades para realizar las evaluaciones). - Trastorno psiquiátrico grave o enfermedad grave u otra circunstancia que impida la participación de la familia en las sesiones de terapia. - La no aceptación a participar en el programa por parte del paciente o la familia. - Dificultades de comprensión del idioma en el caso de personas inmigrantes.

4.2.2.2. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra vino determinado por el número total de sujetos detectados en cualquiera de los servicios de psiquiatría de Mataró que cumplieron los criterios de inclusión en el estudio.

4.2.2.3. Reclutamiento

La selección de los pacientes para participar en el programa de intervención precoz se llevó a cabo a través de la búsqueda en los registros informáticos de aquellos pacientes que se visitaron en alguno de los dispositivos asistenciales (urgencias, a nivel ambulatorio, unidad de hospitalización u hospital de día) por un primer episodio de esquizofrenia o bien que se encontraran en la fase inicial (3 primeros años).

4.2.2.4. Asignación al grupo de intervención

Previamente a la asignación, se confirmó la estabilidad diagnóstica y el cumplimiento de los criterios de inclusión mencionados y ninguno de los de exclusión. Los pacientes firmaron el documento del consentimiento informado para participar en el estudio (ver anexo).

La asignación a los grupos fue de manera aleatoria con la finalidad de reducir sesgos y errores sistemáticos y garantizar la homogeneidad de los grupos. Esta distribución se realizó mediante un listado aleatorio de números extraídos del programa informático y fueron colocados en sobres cerrados por un investigador externo, de manera que cuando los pacientes aceptaban a participar en el estudio, los sobres fueron abiertos sistemáticamente y se declaró el grupo donde habían sido asignados (PIPE vs GC).

4.3. Material y procedimiento

4.3.1. Principales medidas de resultado.

4.3.1.1. *Recaídas*

Para medir las recaídas se utilizaron diferentes medidas de registro tanto a nivel de cambios clínicos como de utilización de los diferentes dispositivos asistenciales que se comentan a continuación:

a) Recaídas individuales:

- Ingreso Psiquiátrico (Unidad de Agudos del Hospital de Mataró, *Comunitat Terapèutica d'Arenys* o *la Comunitat Terapèutica de Malgrat*):
 - número de ingresos
 - duración
- Estancias en Hospital de día (*Unitat d'hospital de dia de Mataró*):
 - número de estancias
 - duración de las estancias
- Visitas en urgencias, en Servicio de Psiquiatría o en el Hospital de Mataró.
 - número de visitas
- Agudización sintomática relacionada con un abandono de medicación ya sea intramuscular u oral.

- Aumento de la medicación: serán registrados los aumentos de medicación por empeoramiento sintomático en base a la consideración del psiquiatra porque se considere indicado dicho aumento en los psicofármacos (neurolépticos o ansiolíticos). Se registrará también la vía de administración oral o intramuscular.

Los aumentos de medicación son indicadores de recaída y la principal variable registrada en la mayoría de estudios dado su gran valor predictivo en el pronóstico de la enfermedad. Es por ello por lo que para la realización de este registro se llevarán a cabo las siguientes consideraciones:

- Si se prescribe el aumento de medicación en el servicio de urgencias se registrarán las dos variables.
- Si el aumento es pautado por el psiquiatra de referencia con la intención de prevenir la recaída en relación a cambios actuales que se considera pueden afectar al estado del paciente, no se considerará recaída, siempre y cuando no está presente un aumento de la sintomatología.

b) Recaídas globales:

El registro se llevará a cabo en base a la siguiente estrategia de clasificación con la finalidad de evitar sesgos de solapamiento en el tratamiento de los datos. Dicha estrategia es similar a la presentada en la tesis doctoral de la Dra. Núria Farriols (2001).

Si en el contexto de una recaída, quedan implicados más de uno de los dispositivos de la red asistencial enumerados anteriormente dentro del mismo período de tiempo se registrará como recaída global. La diferenciación de las dos estrategias de registro de esta variable se fundamenta en el intento de evitar un sesgo en el tratamiento del número de recaídas. En el caso de que el paciente presentara un período de compensación entre la utilización de un dispositivo u otro serían consideradas como dos recaídas independientes y no entrarían dentro de la consideración de recaída global.

- Agudización de síntomas: serán registrados mediante las puntuaciones la siguiente escala:
 - *BPRS [Brief Psychiatric Rating Scale] (Overall y Gorham, 1962).*Esta escala fue creada por J.E. Overall y D.R. Gorham en 1962 para evaluar los cambios sintomáticos experimentados en los pacientes psiquiátricos. Está compuesta por 18 ítems y su administración es heteroaplicada (mediante una entrevista semiestructurada).

La ventaja de esta escala es que permite realizar evaluaciones rápidas y altamente eficientes de los cambios producidos en los síntomas del trastorno esquizofrénico. Cada ítem, se puntúa según una escala Likert de 7 grados de intensidad, donde la puntuación 0 siempre equivale a la ausencia del síntoma y el 7 a la presencia con una gravedad extrema. Los valores psicométricos de fiabilidad de esta escala presentan buenos resultados en la definición de síntomas positivos y negativos (Alpha de Cronbach de 0,81).

4.3.1.2. Mejoría Clínica

Los resultados de mejoría clínica se registrarán igualmente mediante los resultados obtenidos en las mismas escalas que medirán la agudización sintomática y que se han descrito anteriormente. Además a esta evaluación se añadirá un nuevo instrumento, la escala PANSS:

- *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)* (Peralta *et al.*, 1994).

Esta escala fue construida originalmente por Kay y colaboradores (Kay, Fiszbein y Opler, 1987) y adaptada al castellano por Víctor Peralta y Manuel Cuesta (1994). Se trata de una entrevista semiestructurada que se compone de 30 ítems distribuidos en tres subescalas: Positiva (PANSS-P), Negativa (PANSS-N) y General (PANSS-G). Las dos primeras evalúan siete síntomas mientras que la tercera comprende dieciséis. Cada ítem de la PANSS se corresponde con un síntoma de la enfermedad y viene acompañado de una completa definición. La puntuación oscila entre 1 y 7 en función de la intensidad.

Los autores pioneros del instrumento propusieron dos sistemas de evaluación simultáneos, uno de cuantificación de los síntomas y otro de clasificación de los pacientes por tipologías. De este modo se puede realizar la siguiente clasificación: esquizofrenia positiva, negativa o mixta.

La escala PANSS presenta buenos índices fiabilidad (Alpha para PANNS-P=0,73; Alpha para PANNS-N=0,83; Alpha para PANNS-PG=0,87), además de una buena validez interobservador y de constructo.

- *BPRS* (Overall y Gorham, 1962).

4.3.1.3. *Actividad global e Impresión clínica Global*

La evaluación del funcionamiento global se llevará a cabo mediante las siguientes escalas de medida²⁰:

- *Escala de Evaluación de la Actividad Global EEAG (American Psychiatric Association (1995))*

Esta escala fue creada por la American Psychiatric Association en 1987 para evaluar el nivel de funcionamiento de los enfermos mentales. Está compuesta por un sólo ítem y su administración es heteroaplicada. La EEAG es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento general de los pacientes psiquiátricos, a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad. El ítem que compone la escala se puntúa mediante una escala que oscila entre el 100 (actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida y es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas) y el 1 (expectativa manifiesta de muerte).

- *Escala de Impresión Global CGI (Guy, 1976)*

Esta escala fue creada por W. Guy en 1976 para evaluar la gravedad y la mejoría del cuadro clínico, consta de 2 ítems y puede ser administrada en dos formatos (autoaplicado y heteroaplicado).

El CGI tiene dos escalas:

- La gravedad del cuadro clínico (CGI-SI): consta de 1 ítem que valora la gravedad utilizando una escala Likert de 8 valores que van desde 0 (no evaluado) a 7 (mucho peor). Valora la mejoría experimentada por el paciente respecto a su estado basal, independientemente de que ésta se deba por completo al tratamiento.

²⁰ Las escalas de medida de actividad global e impresión clínica global son escogidas a razón de que son dos instrumentos de utilización generalizada por la mayoría de trabajos. Éstos suponen dos ventajas básicas: la primera relacionada con la comparabilidad de resultados con otros estudios. La segunda reside en la facilidad de administración en cuanto a medidas externas para los evaluadores y la garantía de no sobrecargar a los pacientes durante su evaluación.

4.4. Procedimiento

El procedimiento se estructurará en siete fases bien diferenciadas (ver figura 9).

4.4.1. Reclutamiento y asignación aleatoria:

En primer lugar se realizó un reclutamiento de los pacientes detectados y diagnosticados de esquizofrenia que se encontraran en la fase inicial para, tras invitarles a participar en el estudio, proceder al proceso de aleatorización. La detección se llevó a cabo mediante la utilización de una base informática y mediante las derivaciones realizadas por los psiquiatras del servicio.

4.4.2. Evaluación basal:

A continuación se *realizó* una evaluación basal del paciente en colaboración con la familia en la que se recogieron los datos sociodemográficos, se evaluó la DUP²¹, la intensidad de los síntomas positivos y negativos y el nivel de funcionamiento global de la persona.

En la evaluación basal se utilizó tanto la PANSS como la BPRS para la valoración clínica. La primera se utilizó en el pre-tratamiento y en el post-tratamiento, mientras que se hizo uso de la BPRS para la evaluación del proceso intermedio por su agilidad de aplicación y su utilidad para la detección de la sintomatología y la presencia por tanto de recaídas.

4.4.3. Inicio de la intervención PIPE

El procedimiento de la intervención PIPE se describe en el capítulo sexto, así como la duración aproximada de los distintos niveles de intervención.

²¹ Para la evaluación de la DUP se utilizó la Entrevista eestructurada para Síndromes Prodrómicos (Structured Interview for Prodromal States, SIPS) de McGlashan, Miller y Woods (2001). No se ha incorporado directamente en las medidas de resultado porque en este estudio la DUP es concebida como una variable clínica a controlar sobre la cual la intervención precoz no tendrá ningún efecto.

4.4.4. Evaluación a los 3, 6, 9, 12 meses del inicio de la intervención:

Se utilizará la escala BPRS para evaluar la mejoría clínica y/o la agudización sintomática de todos los pacientes (grupo experimental y control). También se llevará a cabo los registros de recaídas utilizando la BPRS y todas las medidas de resultado descritas en el apartado anterior.

4.4.5. Evaluación a los 18 meses del inicio de la intervención:

Del mismo modo que en la etapa anterior se realizará una nueva evaluación del estado clínico y las recaídas utilizando, además de las escalas anteriores, la PANSS y las escalas de evaluación de funcionamiento global e impresión clínica global.

4.4.6. Evaluación del seguimiento a los 24 meses

Del mismo modo que en las evaluaciones realizadas durante el transcurso de la intervención, para realizar el seguimiento se utilizará la escala BPRS para evaluar la mejoría clínica y/o la agudización sintomática de todos los pacientes (grupo experimental y control), así como los registros de recaídas utilizando la BPRS y todas las medidas de resultado propuestas.

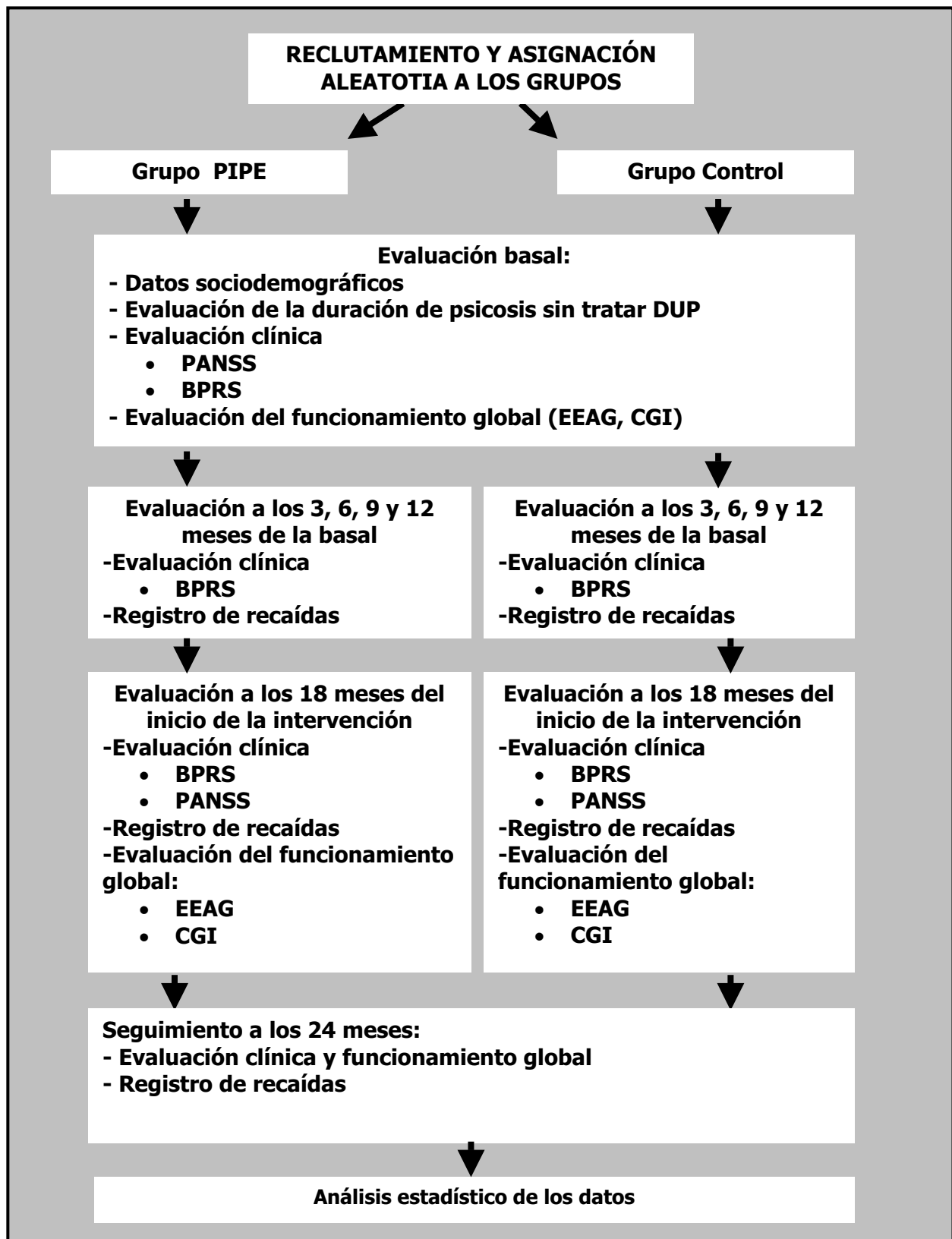


Figura 9. Procedimiento y protocolo de evaluación

4.4.7. Análisis estadístico de los datos.

Una vez finalizada la etapa de recogida de datos del estudio, se procedió a analizarlos mediante el paquete estadístico SPSS.13.5. Se decidió realizar un análisis por intención de tratar para observar los sesgos de las pérdidas muestrales durante el periodo de estudio. El análisis de los datos se realizó en dos fases bien diferenciadas.

1) Estadística descriptiva

En esta fase se realizaron las pruebas estadísticas necesarias para describir las características de la muestra y poder tomar decisiones sobre el análisis de los datos a realizar y el tipo de pruebas escogidas para analizar los resultados.

Se realizó un análisis con estadísticos descriptivos tales como el análisis de frecuencias, tanto con estimadores robustos centrales como con estadísticos de dispersión.

2) Estadística comparativa:

Se utilizó la estadística comparativa de medias para muestras independientes para analizar los resultados obtenidos estrechamente vinculados a las hipótesis generales y específicas del estudio. Se compararon las medias respecto a las variables de recaídas, mejoría clínica, impresión clínica global y la actividad global.

3) Análisis multivariante

Se realizó un análisis multivariante incluyendo en el modelo aquellas variables que pudieran resultar extrañas en la evaluación del impacto del programa sobre el grupo PIPE y la evolución de ambos grupos sobre la línea basal. Se realizaron los contrastes multivariados y las pruebas de los efectos intersujetos y las estimaciones de los parámetros con niveles de potencia.

Parte segunda: Diseño y desarrollo del programa PIPE para la esquizofrenia

Capítulo octavo: resultados del estudio

Resultados descriptivos de la evaluación basal

Resultados intra-grupos

Resultados entra-grupos

Análisis multivariante

Capítulo octavo:**Evaluación de la de la efectividad del programa PIPE: resultados**

Para la acción práctica, la teoría mejor probada debería ser la preferida como base para la acción

(Popper, 1979)

1. Introducción

En el presente capítulo se exponen los diferentes resultados del trabajo de campo. En primer lugar se presentan los resultados generales de ambos grupos de la evaluación basal y a continuación se muestran los resultados intra-grupo y entre-grupos de cada una de las medidas de resultado.

Finalmente se expone un análisis multivariante realizado para la obtención de un análisis de la varianza y observar la interferencia de las covariables en el modelo.

2. Resultados**2.1. Muestra**

Se detectan un total de 67 casos diagnosticados de trastorno esquizofrénico o trastorno esquizofreniforme en los últimos tres años. Durante el proceso de reclutamiento 5 sujetos han cambiado de domicilio fuera de la población donde se realiza el estudio; no se consigue localizar a 7 personas, 19 no aceptan a participar en el estudio y dos de ellos finalmente no cumplen criterios diagnósticos puesto que no se confirma el trastorno esquizofrénico a los seis meses de evolución.

Durante la intervención no hubieron pérdidas muestrales, sin embargo 5 pacientes abandonan el estudio durante el período de seguimiento. Tres de éstos pertenecían al grupo PIPE (dos abandonaron en su evaluación a los 6 meses tras la intervención y uno de ellos abandono en la última evaluación). Las dos personas que abandonaron a los 6 meses refirieron encontrarse mejor y explicitaron su renuncia a las evaluaciones el estudio. El paciente que abandonó el estudio en la última evaluación lo hizo durante el período de una reagudización sintomática.

Los dos pacientes del grupo control que abandonaron el estudio, lo hicieron durante el período de evaluación de 18-24 meses y refirieron no necesitar ninguna asistencia en el Centro de Salud Mental.

La muestra final quedó conformada por 34 personas que aceptaron participar en el estudio y considerando los abandonos se decidió realizar un análisis por intención de tratar. La figura 10 muestra la asignación de pacientes y las pérdidas muestrales durante el reclutamiento y el estudio.

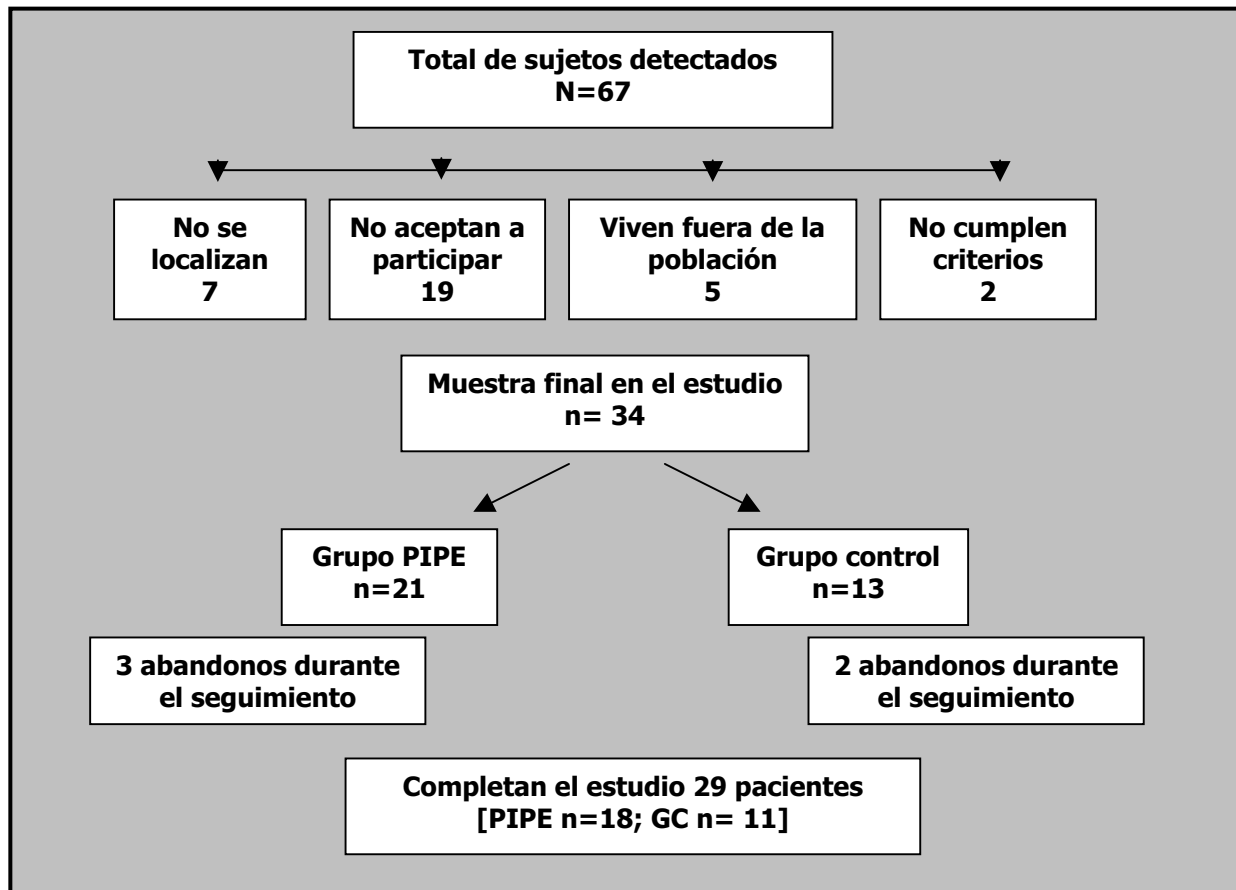


Figura 10. Pérdidas muestrales y configuración final de la muestra

2.2. Evaluación basal

2.2.1. Características sociodemográficas de la muestra

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra para valorar la distribución de las características sociodemográficas de los grupos y la homogeneidad de éstas (ver tabla 19). De entre éstas, cabe destacar la frecuencia elevada de hombres.

Tabla 19.
Características sociodemográficas de los grupos. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.

Características sociodemográficas	Grupo PIPE (n=21)	Grupo Control (n=13)	p
Sexo	n(%)	n(%)	
Hombre	16(76,2)	11(84,6)	0,555
Mujer	5(23,8)	2(15,4)	
Intervalo de confianza para la media de 95%	0,04_0,44	-0,10_0,50	
Varianza	0,190	0,178	
Edad			
Media	24	23,77	0,877
Desviación típica	4,347	3,961	
Intervalo de confianza para la media al 95%	22,02_25,98	21,38_26,16	
Varianza	18,9	15,692	
Mínimo	17	19	
Máximo	32	33	
Nivel de estudios	n(%)	n(%)	
Sin estudios primarios	-	1(7,7)	0,210
Estudios primarios	5(23,8)	3(23,1)	
Estudios secundarios	5(23,8)	7(53,8)	
Estudios secundarios incompletos	4(19)	-	
Estudios universitarios	4(19)	1(7,7)	
Estudios universitarios incompletos	3(14,3)	1(7,7)	
Intervalo de confianza para la media al 95%	3,66_6,81	2,49_3,31	
Varianza	11,99	0,322	
Convivencia actual	n(%)	n(%)	
Padres	14(66,7)	10(76,9)	0,795
Sólo	4(19)	1(7,7)	
Familia propia	1(4,8)	1(7,7)	
Otros (convivencia en pisos compartidos)	1(4,8)	-	
Abuelos	1(4,8)	1(7,7)	
Intervalo de confianza para la media de 95%	1,77_2,73	0,66_2,72	
Varianza	2,948	2,897	
Situación laboral	n(%)	n(%)	
Parado	7(33,3)	4(30,8)	0,146
Trabajo parcial	6(28,6)	3(23,1)	
Contrato indefinido	-	1(7,7)	
Incapacidad laboral	1(4,8)	4(30,8)	
Trabajo protegido	3(14,3)	1(7,7)	
Estudiante	4(14,3)	-	
Intervalo de confianza para la media al 95%	2,17_4,40	1,75_4,85	
Varianza	6,014	4,678	

Nivel socioeconómico	n(%)	n(%)	
Bajo	8(40)	5(41,7)	0,930
Medio-bajo	5(25)	4(33,3)	
Medio	5(25)	2(16,7)	
Medio-alto	2(10)	2(8,3)	
Intervalo de confianza para la media al 95%	1,56_2,54	1,28_2,55	
Varianza	1,103	0,992	
Tiempo total trabajado (en meses)			
Media	29,48	34,2	0,782
Desviación típica	42,649	46,908	
Intervalo de confianza para la media al 95%	19,06	0,64	
Varianza	1818,962	67,76	
Mínimo	0	0	
Máximo	132	120	
Independencia económica	n(%)	n(%)	
Ninguna	12(57,1)	7(53,8)	0,284
Baja laboral	1(4,8)	-	
Paga contributiva	-	3(23,1)	
Trabajo	6(28,6)	3(23,1)	
Prestación en paro	1(4,8)	-	
Paro	1(4,8)	-	
Intervalo de confianza para la media al 95%	1,48_3,19	1,29_3,31	
Varianza	3,533	2,011	

2.2.2. Características de las variables clínicas de la muestra.

Tras contrastar las diferentes variables sociodemográficas se realizó de nuevo un análisis descriptivo por grupos de las variables clínicas a considerar que pueden influir sobre la clínica actual de la persona y su pronóstico (ver tabla 20).

La frecuencia de sujetos que habían tenido ingresos hospitalarios previos al inicio de la intervención fue mayor en el grupo PIPE que en el control aunque la diferencia proporcional al tamaño muestral no es significativa.

Se registraron también los antecedentes psiquiátricos personales. Ocho personas del grupo PIPE y seis del grupo control presentaron antecedentes de patología psiquiátrica previa al primer episodio. El 100% de éstos habían presentado algún trastorno depresivo durante la adolescencia y no se detectó ninguna tipología de enfermedad psiquiátrica distinta. Un 71,4% en el grupo PIPE y un 61,8% en el grupo control presentaron antecedentes familiares de primer

o segundo grado de alguna patología psiquiátrica²². Un 28,6% de estos familiares presentaban depresión, un 19% estaban diagnosticados de depresión mayor, un 38,1% habían presentado algún trastorno psicótico, mientras que el 14,3% estaban diagnosticados de esquizofrenia.

Respecto a la duración de psicosis sin tratar (DUP), estimada a partir de los datos recogidos en la entrevista estructurada para síndromes prodrómicos (SIPS), se observó una media en semanas mayor de DUP en el grupo control que en el grupo PIPE aunque para esta variable, la desviación típica también resulta mucho mayor en el grupo control. En el grupo PIPE, el 61,9% de la muestra presenta una DUP de menos de 24 semanas, mientras que en el grupo control sólo cumplen este criterio un 41,7%. Los niveles de significación estadística no muestran criterios de diferencias a destacar en esta variable.

Tabla 20.

Características clínicas de los grupos. Estadísticos descriptivos y niveles de significación

Características clínicas	Grupo PIPE (n=21)	Grupo Control (n=13)	p
Ingresos hospitalarios previos al inicio de la intervención	n(%)	n(%)	
Si	18(85,7)	8(61,5)	0,106
No	3(14,3)	5(38,5)	
Intervalo de confianza para la media de 95%	0,69_1,02	0,140_0,31	
Varianza	0,129	0,256	
Número de ingresos hospitalarios previos			
Media	1,25	1,25	0,262
Desviación típica	0,577	0,463	
Intervalo de confianza para la media al 95%	0,94_1,56	0,86_1,64	
Varianza	0,333	0,333	
Mínimo	1	1	
Máximo	3	2	
Duración de los ingresos	días	días	
Media	30,34	23,67	0,409
Desviación típica	25,460	10,599	
Intervalo de confianza para la media al 95%	16,65_43,88	-2,66_50	
Varianza	648,229	112,333	
Mínimo	5	14	
Máximo	120	34	

²² Estos datos se recogieron en base a la información aportada por el paciente y la familia durante la evaluación.

Número de visitas a urgencias previas al inicio de la intervención			
Media	3,56	3,33	0,530
Desviación típica	4,066	2,082	
Intervalo de confianza para la media al 95%	1,4_5,73	-1,84_8,50	
Varianza	2,5	4,333	
Mínimo	2	1	
Máximo	5	5	
Otros diagnósticos psiquiátricos previos	n(%)	n(%)	
Sí	8(61,9)	6(46,2)	0,655
No	13(61,9)	7(53,8)	
Intervalo de confianza para la media de 95%	0,15_0,61	0,15_0,78	
Varianza	0,248	0,269	
Antecedentes familiares	n(%)	n(%)	
No	6(28,6)	5(38,5)	0,543
Sí	15(71,4)	8(61,8)	
<i>primer grado</i>	5(23,8)	3(23,1)	
<i>segundo grado</i>	10(47,6)	5(38,5)	
Intervalo de confianza para la media de 95%	1,31_2,50	0,78_2,45	
Varianza	1,690	1,923	
Duración de psicosis sin tratar (DUP) en semanas			
Media	41,14	86,83	0,084
Desviación típica	57,493	90,020	
Intervalo de confianza para la media al 95%	14,97_67,31	29,64_144,03	
Varianza	3305,429	8103,606	
Mínimo	4	2	
Máximo	240	240	

2.2.3. Características diagnósticas de la muestra

Como se apuntaba en el capítulo anterior, durante la evaluación basal se realizó también una reevaluación del diagnóstico para confirmar su validez. De esta evaluación quedaron excluidos dos sujetos por no cumplir criterios de esquizofrenia a los seis meses del primer episodio.

Finalmente la distribución diagnóstica por grupos quedó configurada tal como se presenta en la tabla 21. Sólo se detectan tres tipologías diagnósticas: la esquizofrenia paranoide, que comprende la mayor frecuencia, la esquizofrenia desorganizada y la indiferenciada. Se creyó necesario realizar una prueba de *Chi cuadrado* para observar las diferencias entre las

frecuencias esperadas y las observadas en la distribución por grupos y confirmar su comparabilidad.

Tabla 21.

Distribución de los diagnósticos entre grupos

Grupos	Esquizofrenia paranoide	Esquizofrenia desorganizada	Esquizofrenia indiferenciada	Total
PIPE	18	2	1	21
Control	12	0	1	13
Total	28	2	2	34
Chi cuadrado (1,395); gl=2; p=0,498				

2.2.4. Características del patrón de consumo de sustancias de la muestra.

En la esquizofrenia y su tratamiento, el patrón de consumo de sustancias es una variable importante para el pronóstico de la enfermedad dada la implicación que tiene en la adherencia y la efectividad del tratamiento farmacológico. En este primer estudio de evaluación a los seis meses se ha creído conveniente analizar a modo descriptivo esta variable recogida en la evaluación basal.

Respecto al patrón de consumo de sustancias se observa un patrón bastante generalizado de consumo de cannabis en ambos grupos en el momento de la evaluación basal, en el que se barajan altos porcentajes en antecedentes de consumo, al menos en el último año, así como de consumo actual (ver tabla 22).

Por otro lado, también se observa una frecuencia considerable de hábito enólico en el momento de la evaluación, no así con el consumo de las drogas de síntesis donde los mayores porcentajes se sitúan en antecedentes más que en el hábito actual. Del mismo modo ocurre con el consumo de otras sustancias alucinógenas donde se reconoce un consumo en el pasado en un porcentaje alrededor del 11% en el grupo PIPE y de 8% en el grupo control.

Sin embargo, respecto al patrón de consumo de cocaína se observa más variabilidad entre los grupos. En el grupo experimental existe una frecuencia más elevada de personas que consumieron esta sustancia en el pasado, mientras que en el grupo control se hace relevante el patrón de consumo actual.

Tabla 22.

Características del patrón de consumo de sustancias en los grupos en la evaluación basal

Patrón de consumo	Grupo PIPE (n=21)	Grupo Control (n=13)
Tabaco	n(%)	n(%)
nunca ha fumado	4(19)	1(7,7)
fuma algún cigarrillo al día	2(9,5)	3(23,1)
consume 1/2 paquete día	6(28,6)	5(38,5)
consume 1 paquete al día	6(28,6)	3(23,1)
consume más de un paquete al día	3(14,3)	1(7,7)
Cannabis	n(%)	n(%)
nunca ha consumido	3(14,3)	4(30,8)
dejó de consumir hace más de 1 año	6(28,6)	3(23,1)
consume esporádicamente	5(23,8)	3(23,1)
consume el fin de semana	1(4,8)	-
consume alguna vez entre semana	2(9,5)	1(7,7)
fuma alguna vez al día	2(9,5)	-
	2(9,5)	2(15,4)
Alcohol	n(%)	n(%)
nunca ha consumido	9(42,9)	6(46,2)
dejó de consumir hace más de 1 año	4(19)	3(23,1)
consume esporádicamente	5(23,8)	2(15,4)
consume el fin de semana	1(4,8)	2(15,4)
consume diariamente	2(9,5)	-
Drogas de síntesis	n(%)	n(%)
nunca ha consumido	14(66,7)	7(53,8)
dejó de consumir hace más de 5 años	-	1(7,7)
dejó de consumir hace más de 4 años	-	1(7,7)
dejó de consumir hace más de 3 años	2(9,5)	-
dejó de consumir hace más de 2 años	-	1(7,7)
dejó de consumir hace más de 1 año	5(23,8)	1(7,7)
consume esporádicamente	-	2(15,4)
Cocaína	n(%)	n(%)
nunca ha consumido	13(61,9)	(53,8)
dejó de consumir hace más de 3 años	2(9,5)	-
dejó de consumir hace más de 1 año	6(28,6)	(7,7)
consume esporádicamente	-	(23,1)
consume el fin de semana	-	(15,4)
Otras sustancias alucinógenas	n(%)	n(%)
nunca ha consumido	19(90,5)	12(92,3)
dejó de consumir hace más de 5 años	2(9,5)	1(7,7)

2.2.5. puntuaciones en la evaluación clínica basal entre grupos.

En la evaluación basal se examinó el estado clínico de los pacientes mediante cuatro instrumentos de medida: la escala para la evaluación del síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS), la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) y la Escala de Impresión Clínica Global (CGI).

Conjuntamente con los resultados de cada escala, se realiza un análisis comparativo entre grupos para determinar la presencia de diferencias significativas entre los estadísticos obtenidos de cada escala (ver tabla 23).

Respecto a las medias aritméticas obtenidas de cada escala, podemos observar puntuaciones más elevadas en el grupo control que en el PIPE en el momento de la evaluación basal. No obstante, las medidas de dispersión muestran una amplitud considerable respecto a la media y por tanto el valor de ésta ha de ser interpretado con cautela.

Posteriormente se contrastan los rangos promedios mediante la prueba U de Mann-Whitney²³ y no se observan diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las medidas utilizadas en los niveles de significación. De este modo asumimos la homogeneidad de las puntuaciones en el estado clínico de los pacientes en la evaluación basal.

Tabla 23.

Comparación de los grupos en la evaluación basal. Puntuaciones en sintomatología clínica

Escalas de evaluación psicopatológica	Grupo PIPE (n=21)	Grupo Control (n=13)	U de Mann-Whitney	Nivel de significación
Puntuaciones en la PANSS				
PANSS-P				
Rango promedio	17,26	17,88	131,5	0,859
Media	33,43	35,77		
Desviación Típica	23,55	25,401		
PANSS-N				

²³ La decisión de utilizar esta prueba de contraste se deriva de un análisis anterior de normalidad. La distribución de algunas variables no ofrece resultados favorables para utilizar pruebas paramétricas tras la comprobación mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov; por este motivo se decide hacer uso de su equivalente no paramétrico.

Rango promedio	17,07	18,19	127,5	0,748
Media	32,86	38		
Desviación Típica	23,589	28,989		
PANNS-PG				
Rango promedio	16,07	19,81	106,5	0,282
Media	23,42	39,23		
Desviación típica	20,416	34,086		
Puntuaciones en la BPRS				
Rango promedio	17,43	17,62	135	0,972
Media	39,29	39,77		
Desviación Típica	6,574	7,496		
Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)				
Rango promedio	18,57	15,77	114	0,406
Media	49,52	45,38		
Desviación Típica	12,440	13,301		
Escala de Impresión Clínica Global (CGI)				
Rango promedio	17,36	17,79	133,5	0,917
Media	4,74	4,77		
Desviación Típica	0,806	1,092		

A nivel descriptivo, nos pareció interesante analizar el estado de cada grupo sintomático del total de la muestra para observar de qué modo se manifiestan los diferentes síntomas clínicos en la fase inicial de la enfermedad (ver tabla 24).

Destacan algunos síntomas de las tres subescalas de la PANSS con las puntuaciones medias más altas en el momento de la evaluación basal. Respecto a la escala positiva se observan medias destacadas en delirios, en la dimensión de suspicacia/perjuicio y en la desorganización conceptual. En relación a la subescala negativa, cabe destacar el embotamiento afectivo, el retraimiento emocional y social como las tres dimensiones que han obtenido las puntuaciones más elevadas inicialmente.

Y por último en la escala de psicopatología general despuntan los sentimientos de culpa, los pensamientos inusuales y la escasa conciencia de enfermedad como síntomas que han obtenido las puntuaciones medias destacables respecto a otros grupos sintomáticos.

Tabla 24.
Distribución de los síntomas clínicos de la escala PANSS en el total de la muestra

PANSS	Media	Desviación típica	Varianza
PANSS-P			
delirios	4,59	1,794	3,319
desorganización conceptual	3,21	1,647	2,714
alucinaciones	2,44	2,077	4,315
excitación	2,56	1,618	2,618
grandiosidad	1,35	1,178	1,387
susplicia/perjuicio	4,56	1,434	3,406
hostilidad	2,06	1,796	2,057
PANSS-N			
embotamiento afectivo	3,50	1,481	3,227
retraimiento emocional	3,56	1,574	2,193
contacto pobre	2,65	1,605	2,478
retraimiento social	3,29	1,567	2,578
pensamiento abstracto	2,71	1,737	2,456
fluidez de conversación	2,88	1,629	3,016
pensamiento estereotipado	2,12	1,651	2,652
PANSS-PG			
preocupación somática	2,00	1,805	2,727
ansiedad	2,79	1,684	3,259
culpa	3,12	1,676	2,834
tensión motora	2,09	1,430	2,810
manierismos y posturas	1,68	1,779	2,044
depresión	2,56	1,424	3,163
enlentecimiento motor	2,18	1,421	2,029
falta de colaboración	1,74	1,737	2,019
pensamientos inusuales	3,79	1,718	3,017
desorientación	1,41	0,925	0,856
atención deficiente	2,38	1,349	1,819
ausencia de <i>insight</i>	3,26	1,864	3,473
trastornos de la volición	2,03	1,267	1,695
control deficiente de impulsos	2,21	1,473	2,168
ensimismamiento	2,21	1,452	2,108
evitación social activa	2,71	1,643	2,699

2.3. Resultados intra-grupos de la evolución de las puntuaciones de las medidas de resultado.

a) Resultados intra-grupos de la escala **BPRS** en el grupo PIPE

Se realizó una evaluación clínica a los tres, seis, nueve, doce y dieciocho meses del inicio de la intervención precoz tanto en el grupo PIPE como en el grupo control en medidas de la escala

BPRS para determinar la evolución de la mejoría clínica de cada grupo en el tiempo. Para contrastar los rangos se ha utilizado la prueba de Wilcoxon (ver tabla 25)²⁴.

A los tres meses de la intervención se observa un descenso de casi diez puntos en la media de las puntuaciones en la escala BPRS en el grupo PIPE respecto a la evaluación basal. Un descenso significativo ($p=0,000$) que parece mantenerse, con un ligero ascenso, a los seis meses del inicio de la intervención precoz. Tanto la evaluación a los tres como a los seis meses muestran diferencias estadísticamente significativas respecto a la valoración basal.

b) *Resultados intra-grupos de la escala BPRS en el grupo control*

En contrapartida, no encontramos resultados similares en el grupo control, cuya media en las puntuaciones desde el inicio hasta los tres meses se muestra estable con un ligero ascenso en la última evaluación. Los resultados en niveles de significación no muestran diferencias a destacar respecto a la evaluación basal.

²⁴ Para los análisis de resultados clínicos se han anulado los resultados de 4 sujetos (2 pertenecientes al GC y 2 del grupo PIPE) ya que sus puntuaciones mostraban mucha variabilidad respecto a la media y fueron considerados *outliers*. Para evitar los sesgos de los resultados, se ha prescindido de sus puntuaciones en los análisis de las escalas clínicas.

Tabla 25.

Comparación de los resultados en mejoría clínica intra-grupos. Medidas trimestrales de la escala **BPRS** desde la evaluación basal

Escala BPRS	Evaluación basal		3 meses		6 meses		9 meses		12 meses	
	Grupo PIPE (n=21)	Grupo Control (n=13)	Grupo PIPE (n=21)	Grupo Control (n=13)	Grupo PIPE (n=21)	Grupo Control (n=13)	Grupo PIPE (n=21)	Grupo Control (n=13)	Grupo PIPE (n=21)	Grupo Control (n=13)
Media	39,29	39,77	27,32	41,85	27,68	45,38	26,89	45,31	28,44	44,72
Desviación típica	6,574	7,496	3,334	11,789	5,879	14,263	5,456	14,227	4,267	14,282
Varianza	43,023	56,192	11,117	138,974	34,561	203,423	27,766	202,397	18,205	203,974
Grupos			Grupo PIPE	Grupo Control	Grupo PIPE	Grupo Control	Grupo PIPE	Grupo Control	Grupo PIPE	Grupo Control
Wilcoxon			3 meses		6 meses		9 meses		12 meses	
Rango promedio positivo			11	7,21	11	7	5,5	7	0	8,79
Rango promedio negativo			0	5,5	11	5,5	11,27	5,5	10	4,92
Z			-4,027	-0,9	-3,639	-1,337	-3,83	-1,336	-3,825	-1,119
Nivel de significación (bilateral)			0,000 ^b	0,364	0,001 ^b	0,181	0,000 ^b	0,182	0,000 ^b	0,263

^a significación estadística a nivel de 0,05

^b significación estadística a nivel de 0,01

Los resultados se mantienen con significación estadística durante los meses de seguimiento 18 y 24 tras la finalización de la intervención aunque en las últimas evaluaciones se puede observar un ligero aumento en las puntuaciones del BPRS del grupo experimental (ver tabla 26).

Tabla 26.

Comparación de los resultados en mejoría clínica intra-grupos. Medidas semestrales de la escala BPRS a los 18 y 24 meses.

Escala BPRS	Seguimiento 18 meses		Seguimiento 24 meses	
	Grupo PIPE (n=21)	Grupo Control (n=13)	Grupo PIPE (n=21)	Grupo Control (n=13)
Media	29,23	44,01	31,25	43,23
Desviación típica	6,245	13,394	7,772	13,983
Varianza	39	179,397	60,398	195,526
Wilcoxon	Grupo PIPE		Grupo control	
Rango promedio positivo	6		6,56	
Rango promedio negativo	10,74		6,38	
Z	-3,704		-1,060	
Nivel de significación (bilateral)	0,000		0,289	

Del mismo modo se evalúa la mejoría clínica utilizando la **PANSS** a los 6 y 18 meses de intervención, ofreciéndonos datos detallados de las subescalas clínicas positiva, negativa y de psicopatología general (ver tabla 27). A continuación se describirán los resultados obtenidos por cada grupo en las puntuaciones de la PANSS.

Tabla 27.
Comparación de los resultados en mejoría clínica intra-grupos en la escala **PANSS** a los 6 meses del inicio de la intervención precoz

Escala PANSS	Evaluación basal		Evaluación a los 6 meses		Evaluación a los 18 meses	
	PIPE (n=21)	GC (n=13)	PIPE (n=21)	GC (n=13)	PIPE (n=21)	GC (n=13)
PANSS-P						
Media	33,43	35,77	9,76	30,67	11,67	32,85
Desviación típica	23,55	25,401	10,3	28,16	8,4	26,993
Varianza	554,857	645,192	106,19	793,269	70,833	728641
Wilcoxon			PIPE	GC	PIPE	CG
Rango promedio positivo			0	6,7	3,67	11
Rango promedio negativo			9	4,3	11,71	199
Z			-3,631	-6,16	-3,511	-0,472
Nivel de significación (bilateral)			0,000	0,538	0,000	0,637
PANSS-N						
Media	32,86	38	23,52	40,38	19,52	39,23
Desviación típica	23,589	28,9	10,7	24,27	8,67	21,58
Varianza	556,42	840,33	114,76	589,42	75,2	466,026
Wilcoxon			PIPE	GC	PIPE	GC
Rango promedio positivo			3,5	5,7	3	6,13
Rango promedio negativo			9,34	4,13	9,38	4,1
Z			-3,476	-0,713	-3,492	-0,238
Nivel de significación (bilateral)			0,001	0,476	0,000	0,812

PANSS-PG						
Media	25,48	35,23	15,86	33,86	14,76	35,15
Desviación típica	21,9	34	6,4	10,589	7,4	10,2
Varianza	479,7	116,8	41,4	34,6	55,2	78,3
Wilcoxon			PIPE	GC	PIPE	GC
Rango promedio positivo			0	4,13	5,83	5,5
Rango promedio negativo			8	2,25	9,68	6,88
Z			-3,415	-1,261	-2,8	-0,490
Nivel de significación (bilateral)			0,001 ^b	0,207	0,005 ^b	0,624

^a significación estadística a nivel de 0,05

^b significación estadística a nivel de 0,01

a) Resultados intra-grupos de las subescalas de la PANSS en el grupo PIPE

Se observan diferencias estadísticamente significativas en las tres subescalas de las PANSS analizadas. Respecto a la clínica positiva se observa un descenso notable en el grupo que recibe la intervención precoz al finalizar los dieciocho meses. Su diferencia respecto a la evaluación basal es altamente significativa. Del mismo modo, en la sintomatología negativa, se observa un descenso de casi trece puntos cuyo análisis de contraste muestra significación estadística en la evolución. La escala de psicopatología general muestra resultados similares a los anteriores dada la notable reducción de puntuación media en la evaluación a los dieciocho meses respecto a la inicial.

b) Resultados intra-grupo de las subescalas de la PANSS en el grupo control

Respecto a la evolución en las puntuaciones de la PANSS del grupo control se observa cierta estabilidad con tendencia a la mejora en las medias de las tres subescalas con variaciones que no contemplan la significación estadística. Cabe destacar una mayor variabilidad en las medidas de dispersión del grupo control que en las del grupo PIPE. Estos datos habrán de ser tomados en cuenta en el momento de interpretar y discutir los resultados.

En síntesis, las puntuaciones en la escala PANSS muestran una mejoría en la sintomatología clínica significativa en el grupo que recibe la intervención precoz frente a la mejora relativamente estable de las puntuaciones del grupo control a lo largo de 18 meses, aunque esta mejoría se aprecia en el período de los tres meses después de la intervención con las medidas del BPRS (ver figura 11).

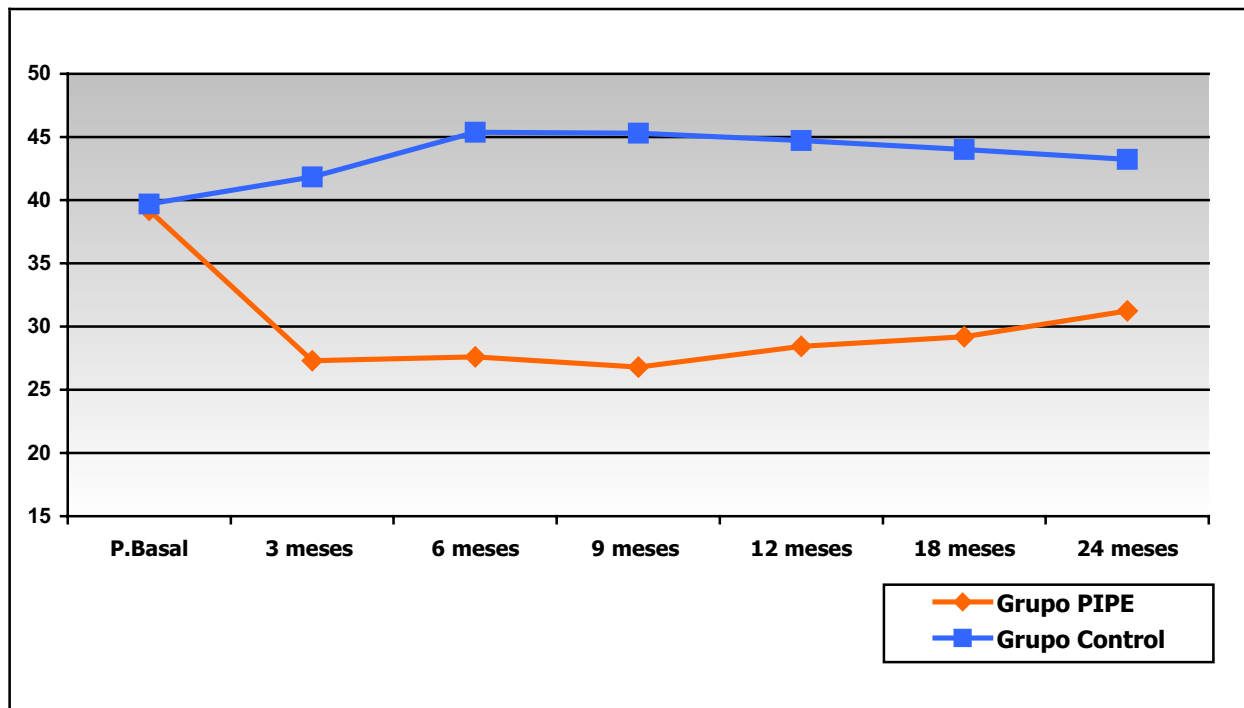


Figura 11. Evolución de las puntuaciones en la escala BPRS a los 3, 6, 9, 12, 18 y 24 meses

Además de las escalas de evaluación de sintomatología clínica se puntuó también el grado de funcionamiento global mediante la **escala EEAG y la impresión clínica global** mediante la escala CGI. A continuación se presentan los resultados obtenidos por cada grupo respecto a estas dos escalas.

Para ello, además de las medidas de tendencia central y de dispersión se ha utilizado la prueba de contraste de rangos Wilcoxon.

Tabla 28.

Comparación de los resultados en la **escala de actividad global** y la de **impresión clínica global**.

Evaluaciones	Evaluación basal		6 meses		12 meses		18 meses		24 meses	
	PIPE (n=21)	GC (n=13)	PIPE (n=21)	GC (n=13)	PIPE (n=21)	GC (n=13)	PIPE (n=21)	GC (n=13)	PIPE (n=21)	GC (n=13)
EEAG										
Media	49,44	45,38	69,44	45	72,78	44,62	75	43,85	74,44	43,85
Desviación típica	13,85	13,301	9,376	17,321	6,6	16,641	6,1	17,5	6,15	17,57
Varianza	170,497	176,923	87,908	300	44,7	276,923	38,2	308,9	37,908	308,974
Wilcoxon			PIPE	GC	PIPE	GC	PIPE	GC	PIPE	GC
Rango promedio positivo			9,5	3,5	0	4	0	5	0	5,5
Rango promedio negativo			0	3,5	10	4	10	5	9,5	5,5
Z			-3,769	-0,816	-3,756	-0,632	-3,866	-0,333	-3,766	-0,632
Nivel de significación (bilateral)			0,000 ^b	0,414	0,000 ^B	0,527	0,000 ^B	0,739	0,000 ^B	0,527
CGI										
Media	4,67	4,77	3,48	4,75	3,1	4,38	3,38	4,77	2,9	4,46
Desviación típica	0,796	1,092	0,512	1,215	1,332	1,193	0,74	1,166	1,024	0,967
Varianza	0,633	1,192	0,262	1,477	1,748	1,423	0,54	1,35	1,048	0,936
Wilcoxon			PIPE	GC	PIPE	GC	PIPE	GC	PIPE	GC
Rango promedio positivo			0	1,5	0	2,5	0	2	2	4
Rango promedio negativo			9	2	9	2	9	2,5	9,94	4,67
Z			-3,729	-0,577	-3,741	-1,654	-3,710	-1,633	-3,68	-1,508
Nivel de significación (bilateral)			0,000 ^b	0,574	0,000 ^B	0,122	0,000 ^B	0,102	0,000 ^B	0,132

^a significación estadística a nivel de 0,05

^b significación estadística a nivel de 0,01

Como se puede apreciar en la tabla 28 la actividad global de los pacientes del grupo PIPE aumenta significativamente ($p=0,000$) en el transcurso de doce meses, puntuando aproximadamente 23 puntos más en la escala, de promedio, respecto a la evaluación basal. Los resultados de la actividad global de los pacientes se mantienen durante el seguimiento con puntuaciones significativas respecto a la primera evaluación.

En contrapartida, la puntuación media del grupo control respecto a la actividad global permanece estable en relación a la evaluación basal sin mostrar diferencias estadísticamente significativas en este período de tiempo.

De modo similar ocurre en las puntuaciones medias de la escala de impresión clínica global en la que se observa un ligero descenso en la puntuación²⁵ en el grupo PIPE a los doce meses del inicio de la intervención, mientras que las puntuaciones del grupo control permanecen estables.

Estos datos vienen acreditados por los correspondientes niveles de significación que se comportan de manera análoga a los de las puntuaciones en actividad global, presentado un alto nivel de significación en las diferencias entre rangos en la evolución de los pacientes del grupo PIPE mientras que la estabilidad del grupo control en impresión clínica se avala sin niveles de significación y permanece estable durante su seguimiento a los 18 y 24 meses.

2.4. Resultados entre-grupos de las puntuaciones de las medidas de resultado

2.4.1. Mejoría clínica

A continuación se presentan los resultados comparativos entre los grupos a nivel de mejoría clínica de los síntomas presentados en la escala de evaluación del síndrome positivo y negativo (PANSS).

La tabla 29 presenta los resultados entre-grupos en las cuatro subescalas de la **PANSS** tras los 12 meses de intervención y durante el seguimiento mediante el estadístico de contraste U de Mann-Whitney.

²⁵ En este caso el descenso en la puntuación es indicador de mejoría en la impresión clínica global dado que las puntuaciones son inversas indicando un mejor nivel de estado clínico aquellas puntuaciones más bajas y una impresión de mayor gravedad las puntuaciones más altas.

En la escala positiva la reducción en las puntuaciones del grupo PIPE respecto al control presenta unos niveles de significación estadística altos ($p < 0,020$). Del mismo modo ocurre en la escala negativa ($p = 0,004$) y en coherencia con estos resultados se muestran las puntuaciones en la escala de psicopatología general en la que se observa una reducción notable en las puntuaciones medias en el grupo PIPE y un ligero ascenso en dichas puntuaciones en el grupo control. Las diferencias en estas puntuaciones marcan niveles de significación altamente significativos en la comparación entre grupos ($p = 0,000$).

En la figura 12 se pueden observar las diferencias entre-grupos de las cuatro sub-escalas de la PANSS.

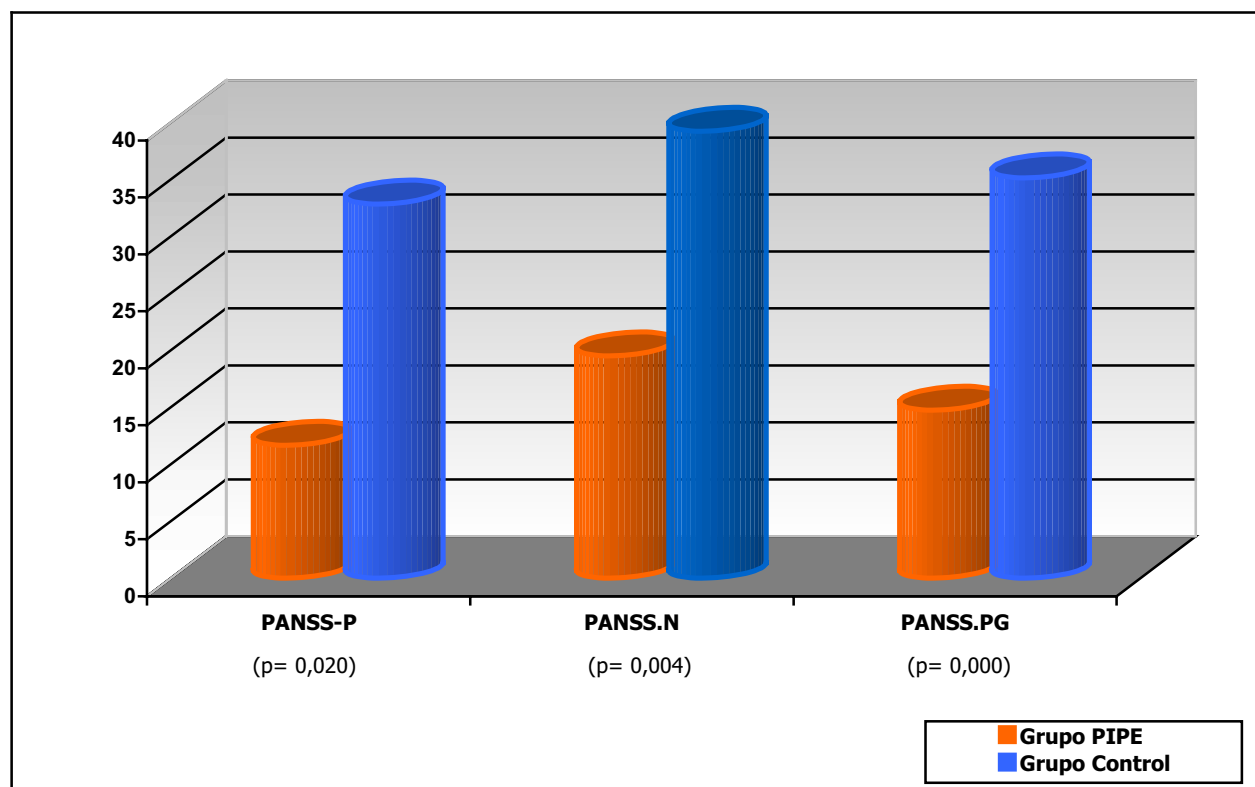


Figura 12. Diferencias en las puntuaciones entre-grupos de las subescalas de la PANSS tras 18 meses de intervención.

Tabla 29.

Comparación de los resultados en mejoría clínica entre grupos en la escala **PANSS** a los 18 meses del inicio de la intervención precoz

Escala PANSS	Evaluación basal		6 meses		18 meses	
Grupos	PIPE (n=21)	GC (n=13)	PIPE (n=21)	GC (n=13)	PIPE (n=21)	GC (n=13)
PANSS-P						
Media	33,43	35,77	9,76	30,67	11,67	32,85
Desviación típica	23,55	25,401	10,3	28,16	8,4	26,993
Varianza	554,857	645,192	106,19	793,269	70,833	72864
Grupos			PIPE	GC	PIPE	GC
Rango promedio			13,0	23,31	14,38	22,54
U de Mann			61		71	
Nivel de significación			0,007 ^b		0,020 ^b	
PANSS-N						
Media	32,86	38	23,52	40,38	19,52	39,23
Desviación típica	23,589	28,9	10,7	24,27	8,67	21,58
Varianza	556,42	840,33	114,76	589,42	75,	466,026
Grupos			PIPE	GC	PIPE	GC
Rango promedio			14,02	23,12	13,67	12,95
U de Mann			62,5		56	
Nivel de significación			0,008 ^b		0,004 ^b	
PANSS-PG						
Media	25,48	35,23	15,86	33,86	14,76	35,15
Desviación típica	21,9	34	6,4	10,589	7,4	10,2
Varianza	479,7	116,8	41,4	34,6	55,2	78,3
Grupos			PIPE	GC	PIPE	GC
Rango promedio			12,98	24,81	12,95	24,85
U de Mann			41,5		41	
Nivel de significación			0,000 ^b		0,000 ^b	

^a significación estadística a nivel de 0,05

^b significación estadística a nivel de 0,01

Del mismo modo, ocurre en los resultados de la escala BPRS que muestra las puntuaciones en sintomatología clínica desde los tres meses hasta el final de la intervención y el seguimiento. Se observan diferencias altamente significativas ($p < 0,01$) entre los grupos en todos los cortes temporales.

De manera análoga con resultados intra-grupos de las puntuaciones del BPRS, ocurre al realizar la comparación entre-grupos ya que esa mejoría clínica muestra diferencias respecto al grupo control también desde los 3 meses y se mantienen durante el período de seguimiento (ver figura 13 y tabla 30).

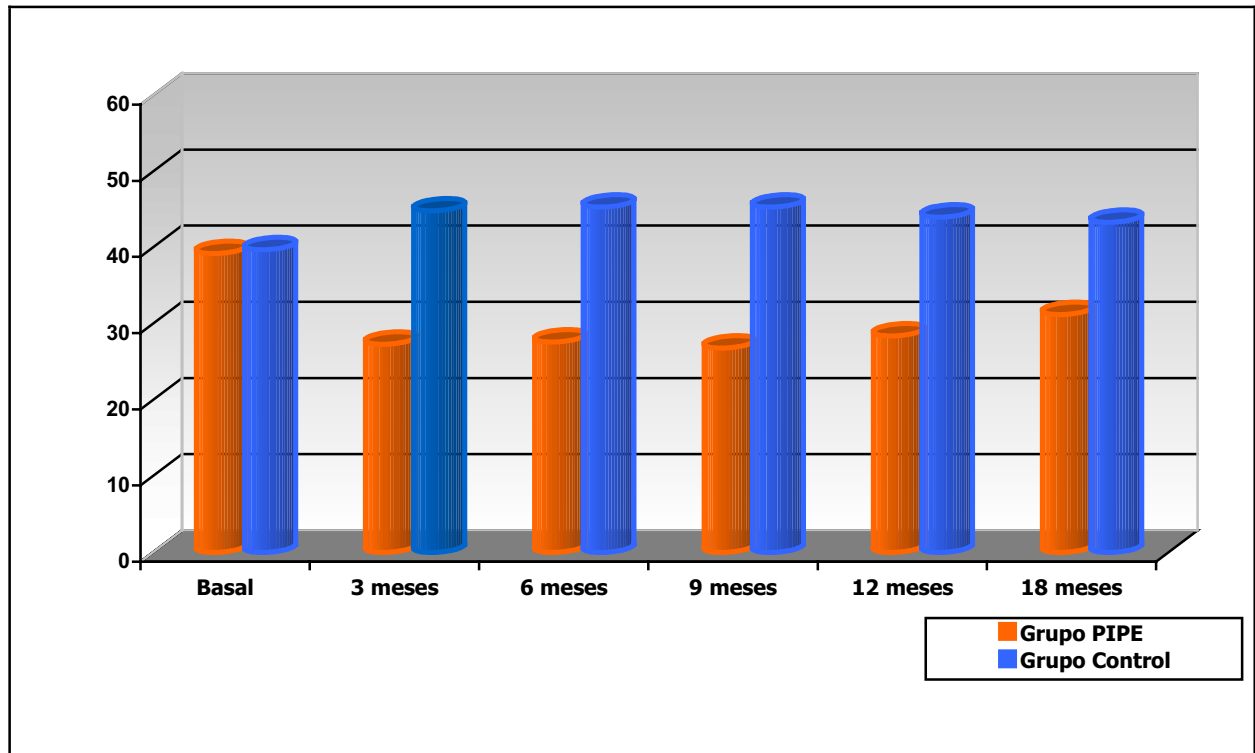


Figura 13. Comparación entre-grupos de las puntuaciones en la escala BPRS a los 3, 6, 9, 12 y 18 meses del inicio de la intervención.

Tabla 30.
Comparación de los resultados en mejoría clínica entre grupos en la escala **BPRS** en las medidas trimestrales desde el inicio de la intervención.

Escala BPRS	Basal		3 meses		6 meses		9 meses		12 meses		18 meses		24 meses	
	PIPE (n=21)	GC (n=13)	PIPE (n=21)	GC (n=13)	PIPE (n=21)	GC (n=13)	PIPE (n=21)	GC (n=13)	PIPE (n=21)	GC (n=13)	PIPE (n=21)	GC (n=13)	PIPE (n=21)	GC (n=13)
Media	39,29	39,77	27,32	41,85	27,68	45,38	26,89	45,31	28,44	44,72	29,23	44,01	31,25	43,23
Desviación típica	6,574	7,496	3,334	11,789	5,879	14,263	5,456	14,227	4,267	14,282	6,245	13,394	7,772	13,983
Varianza	43,023	56,192	11,117	138,97	34,561	203,42	27,766	202,39	18,205	203,97	39	179,39	60,398	195,52
Grupos			PIPE	GC	PIPE	GC	PIPE	GC	PIPE	GC	PIPE	GC	PIPE	GC
Rango promedio			12,81	25,08	12,8	25,04	12,71	25,23	12,2	24,38	12,02	24,65	11,76	23,42
U de Mann			38		38,5		36		34		30,5		33,5	
Nivel de significación (bilateral)			0,000 ^B		0,000 ^B		0,000 ^B		0,000 ^B		0,000 ^B		0,000 ^B	

^a significación estadística a nivel de 0,05

^b significación estadística a nivel de 0,01

En coherencia con estos resultados se presentan los de las medidas de la actividad global e impresión clínica global entre grupos (tabla 32) en los cuales se observan datos similares a los anteriores respecto a la comparación entre grupos a los 12 meses de intervención y 24 de seguimiento siendo el grupo PIPE el que presenta una mejoría altamente significativa tanto a nivel de actividad global como en la impresión clínica global.

Tabla 31.
Comparación de los resultados entre-grupos en la escala de **actividad global** y de **impresión clínica global** a los 6,18 y 24 meses

Evaluaciones	Evaluación basal		6 meses		12 meses		18 meses		24 meses	
	PIPE (n=21)	GC (n=13)	PIPE (n=21)	GC (n=13)	PIPE (n=21)	GC (n=13)	PIPE (n=21)	GC (n=13)	PIPE (n=21)	GC (n=13)
EEAG										
Media	49,44	45,38	69,44	45	72,78	44,62	75	43,85	74,44	43,85
Desviación típica	13,85	13,301	9,376	17,321	6,6	16,641	6,1	17,5	6,15	17,57
Varianza	170,497	176,923	87,908	300	44,7	276,923	38,2	308,9	37,908	308,974
Grupos			PIPE	GC	PIPE	GC	PIPE	GC	PIPE	GC
Rango promedio			22,1	10,08	22,67	9,5	22,35	8,77	21,94	7,77
U de Mann			40		28		23		10	
Nivel de significación (bilateral)			0,000 ^b		0,000 ^b		0,000 ^b		0,000 ^b	
CGI										
Media	4,67	4,77	3,48	4,75	3,1	4,38	3,38	4,77	2,9	4,46
Desviación típica	0,796	1,092	0,512	1,215	1,332	1,193	0,74	1,166	1,024	0,967
Varianza	0,633	1,192	0,262	1,477	1,748	1,423	0,54	1,35	1,048	0,936
Grupos			PIPE	GC	PIPE	GC	PIPE	GC	PIPE	GC
Rango			13,19	24,46	13,17	24,5	12,9	4,92	13,07	24,65
U de Mann			46		45,5		40		43,5	
Nivel de significación (bilateral)			0,001 ^b		0,001 ^b		0,000 ^b		0,000 ^b	

^a significación estadística a nivel de 0,05

^b significación estadística a nivel de 0,01

2.5. Resultados del modelo multivariante sobre la efectividad de la intervención sobre el grupo PIPE y la evolución del grupo control

Para la evaluación del efecto de la intervención sobre las medidas de resultado clínicas principales entre ambos grupos se decidió realizar un análisis de la varianza (MANCOVA) mediante el cual se permita la comparación de diferencias en los cambios entre el grupo PIPE y el CG. En el modelo se han incluido las puntuaciones basales como covariables, las medidas de duración de psicosis sin tratar (DUP), el número de recaídas previas al inicio de la intervención, número de ingresos previos y el cumplimiento terapéutico del grupo PIPE.

Aunque el tratamiento farmacológico no es una variable considerada en la mayoría de estudios que evalúan intervenciones psicoterapéuticas, hemos decidido introducirla como covariable en este modelo de análisis.

La medicación neuroléptica y sus correspondientes dosis fueron transformados en dosis de Clorpromacina (mg/día) (Beers y Berkow, 1999). El nivel de cumplimiento terapéutico fue medido por número de objetivos terapéuticos conseguidos²⁶ tras la intervención.

Se han escogido el estadístico Lambda de Wilks para evaluar los contrastes multivariados de las variables dependientes respecto al modelo²⁷.

El efecto Lambda muestra un efecto diferencial entre los valores de la variable independiente dentro del modelo diseñado ($\Lambda=0,467; F=3; p=0,000; \eta=0,603$) con una potencia observada de 0,989. Se calculan los tamaños del efecto y se observa que un 60% de la varianza total de la PANSS se explica por los efectos grupales.

Respecto a los efectos inter-sujetos, se observan diferencias significativas en las tres escalas de medida (ver tabla 32). El efecto de la medicación explica los resultados en la PANSS positiva en los sujetos del grupo control ($F=5,784; p=0,024; \eta=0,166$); no así para la PANSS negativa ($F=3,18; p=0,086; \eta=0,093$). Sin embargo, los resultados del modelo no indican

²⁶ Se evaluó el número de objetivos terapéuticos conseguido por el nivel de cumplimiento con las indicaciones terapéuticas para contemplarlo como posible predictor de la mejora clínica de los pacientes del grupo PIPE.

²⁷ El modelo incluye las puntuaciones en las tres escalas de la PANSS en el post-tratamiento, la DUP, las dosis de Clorpromacina, las recaídas previas, ingresos previos y las medidas de la PANSS basales.

estimadores del efecto de tratamiento farmacológico como variable explicativa en el grupo PIPE ($F=0,887; p=0,355; \eta=0,027$) ni tampoco el cumplimiento terapéutico ($F=1,265; p=0,318; \eta=0,036$).

La duración de psicosis sin tratar tampoco mostró un efecto diferencial en el impacto del programa entre los grupos y por tanto, aunque la media de DUP del grupo control es más elevada, no explica la diferencia observada en el post-tratamiento (PANNS-P: $F=0,0; p=0,987; \eta=0,000$); (PANSS-N: $F=1,114; p=0,738; \eta=0,006$); (PANSS-PG; $F=0,572; p=0,456; \eta=0,024$).

Tabla 32.
Resultados del efecto de la intervención con el modelo multivariante

Escala PANSS	Evaluación basal		12 meses		F	P	η
PANSS-P	Media	DS	Media	DS			
PIPE	33,43	23,55	11,67	8,4	13,291	0,001	0,361
CG	35,77	25,401	32,85	26,993			
PANSS-P							
PIPE	32,86	23,589	19,52	8,67	21,549	0,000	0,53
CG	38	28,9	39,23	21,58			
PANSS-PG							
PIPE	25,48	21,9	14,76	7,4	17,453	0,000	0,487
CG	35,23	34	35,15	10,2			

Se realiza un contraste de Helmert para comparar los niveles de la variable independiente con las medidas repetidas de la PANSS²⁸; los resultados son los siguientes:

Tabla 33.
Contrastes de Helmert en el análisis de la varianza entre los grupos sobre la PANSS

Escala PANSS	PANSS-P	PANSS-N	PANSS-PG
Contraste entre grupos			
Diferencia estimada	-19,851	-17,514	-24,475
Error estándar	5,445	3,773	5,858
Nivel de significación	0,001	0,000	0,000
Intervalo de confianza	-31,004 _ -8,659	-25,270 _ -9,759	-36,517 _ -12,433

²⁸ El contraste de Helmert define un tipo de contraste ortogonal para comparar las categorías de las variables independientes con la media de las categorías subsiguientes

Por otro lado se calculan las medias marginales estimadas para el modelo de medidas repetidas evaluando las covariables introducidas en el modelo. La tabla 34 muestra los resultados.

Tabla 34

Medias marginales estimadas en el modelo de medidas repetidas con covariables

Escala PANSS	Estadísticos		Intervalo de confianza para 95%
PANSS-P	Media	Error estándar	
PIPE	12,891 ^a	3.288	6.104 - 19.677
CG	34,691 ^a	4.511	25.380 - 44.002
PANSS-N			
PIPE	17.034 ^a	2.207	12.478 - 21.589
CG	36.608 ^a	3.028	30.358 - 42.858
PANSS-PG			
PIPE	12.006 ^a	3.259	5.279 - 18.732
CG	39.990 ^a	4.472	30.761 - 49.219

^a Se evalúan las covariables que aparecen integradas en el modelo multivariante: PANNS-P basal = 33,70; PANSS-N basal =33,45; PANSS-PG basal =28,79, numero de ingresos previos =0,94; recaídas previas =0,88, DUP =57,76 y tratamiento farmacológico =296,7424

2.6. Recaídas

En la valoración de las diferencias en recaídas se observan resultados distintos según el tipo de medida explorada. En primer lugar se han realizado análisis de frecuencias de ingresos hospitalarios, ingresos en hospital de día, visitas no programadas en otros servicios, visitas a urgencias y recaídas globales. Posteriormente se presentan los resultados de las medidas de escala en cuanto a número y duración de los diferentes tipos de recaída tras el período de 18 meses y durante el seguimiento a los 24 meses.

2.6.1. Ingresos hospitalarios a los 18 y 24 meses

Transcurridos dieciocho meses de la intervención observamos que tres personas (14,2%) del grupo PIPE han requerido un ingreso. En contrapartida, en el grupo control fueron cuatro (30,75) las personas que fueron ingresadas en la unidad de agudos en numerosas ocasiones. Una de ellas tuvo contacto con esta unidad una sola vez mientras que el resto requirieron dos y tres ingresos hospitalarios en el período evaluado. En contraste Chi-cuadrado indica diferencia altamente significativa ($\chi^2=54,235$; $p=0,000$).

Durante el período de seguimiento a los 24 meses observamos que una persona perteneciente al grupo PIPE realiza un ingreso hospitalario frente a tres del grupo control ($\chi^2=46,2$; $p=0,000$).

2.6.2. Duración de los ingresos hospitalarios a los 18 y 24 meses

Por otro lado se han calculado las diferencias en la duración de los ingresos hospitalarios (en general) entre ambos grupos observándose diferencias clínicamente significativas. Mientras que la media en días de ingreso del grupo PIPE es de 33,55 días ($S=22,8$), el grupo control muestra medias superiores (62,5 días; $S=40,1$). No obstante, el estadístico Chi-cuadrado no muestra diferencias significativas en esta medida por lo que las variaciones pueden ser debidas a los efectos del azar ($\chi^2=1,588$; $p=0,208$).

2.6.3. Estancias en hospital de día a los 24 meses

Por lo que se refiere a la frecuencia de las estancias en hospital de día encontramos resultados relativamente similares en ambos grupos ya que dos (9,5) pacientes del grupo PIPE y dos del grupo control (15,3) requirieron una estancia en dicha unidad. La frecuencia real de ingresos es análoga entre ambos grupos pero al realizar el contraste entre las observadas y las esperadas respecto al número de muestra de ambos grupos la prueba Chi nos indica de nuevo diferencias estadísticas ($\chi^2=19,882$; $p= 0,000$).

2.6.4. Visitas no programadas a los 18 y 24 meses

Respecto al número de visitas programadas a otros servicios se registraron 2 personas del grupo PIPE y tres del grupo control que acudieron al centro de salud mental de modo no programado. En esta medida las pruebas de contraste de frecuencias no revelaron diferencias notables ($\chi^2=2,442$; $p= 0,326$).

2.6.5. Visitas al servicio de urgencias a los 18 y 24 meses

En el registro realizado a los dieciocho meses del inicio del estudio observamos diferencias entre el grupo PIPE y el grupo control. Cinco personas (23,8%) del grupo PIPE acuden alguna vez al servicio de urgencias psiquiátricas en contraste con el 53,8% ($n=7$) del grupo control. El contraste Chi-cuadrado muestra diferencias estadísticamente significativas en esta medida ($\chi^2=10,441$; $p= 0,048$).

Sin embargo, en la evaluación durante el seguimiento se observan tres personas del grupo PIPE (14,2%) frente a cinco del grupo control (38,4%) que hacen uso de este servicio. Los contrastes estadísticos durante el seguimiento no muestran diferencias en sus grados de significación ($\chi^2=3,349$; $p= 0,341$).

2.6.6. Aumentos de medicación a los 18 y 24 meses

Respecto a los aumentos de medicación a los 18 meses del inicio del estudio, el 28,5% ($n=6$) de los pacientes pertenecientes al grupo PIPE precisa un aumento de medicación en contraste con el 61,5% de los pacientes del grupo control. Esta diferencia de frecuencias presenta también diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=9,652$; $p=0,047$).

Por otro lado y en referencia a la disminución de las dosis, se observaron diferencias más marcadas. Once pacientes del grupo PIPE redujeron las dosis de medicación durante el período de tratamiento, mientras que a ningún paciente del grupo control le fue prescrita esta disminución. Los contrastes de Chi-cuadrado muestran diferencias estadísticas ($\chi^2=10,066$; $p=0,002$).

Durante el período de seguimiento se volvieron a realizar los registros en los cambios de tratamiento farmacológico y sus dosis y se observó que a cuatro pacientes del grupo PIPE (19%) se le aumentó la dosis frente a siete pacientes del grupo control (53,8%). Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas entre los grupos ($\chi^2=5,811$; $p=0,121$).

2.6.7. Recaídas globales 18 y 24 meses

En cuanto a recaídas globales sí se observan diferencias altamente significativas entre ambos grupos tanto en el registro de los 18 ($\chi^2=10,126$; $p=0,018$) como a los 24 meses ($\chi^2=7,005$; $p=0,048$).

En la evaluación final del seguimiento se registran 4 (19%) pacientes del grupo PIPE que tienen recaídas globales en contraste con 9 pacientes (69,2%) del grupo control. Estos datos denotan la presencia de más de una de las medidas de resultado utilizadas para el registro de las recaídas en el mismo período temporal.

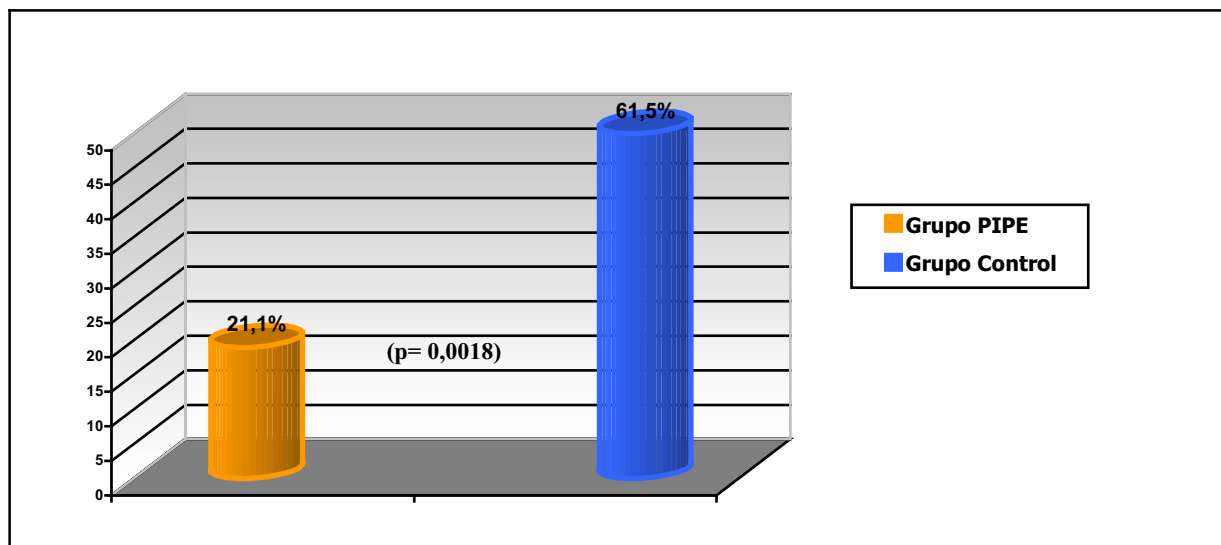


Figura 14. Diferencias en la frecuencia de recaídas globales entre los grupos tras 24 meses del inicio de la intervención precoz

Parte segunda: Diseño y desarrollo del programa PIPE para la esquizofrenia

Capítulo noveno: discusión de los resultados del estudio

Discusión de los resultados descriptivos de la evaluación basal

Discusión de los resultados intra-grupos

Discusión de los resultados entra-grupos

Discusión de los resultados del análisis multivariante

Capítulo noveno:**Evaluación de la de la efectividad del programa PIPE: discusión**

*El conocimiento se asemeja a un edificio
que se va erigiendo con el material proporcionado
por las hipótesis sometidas a verificación o a falsación*

(Vallés, 2000)

1. Introducción

En las páginas que vienen a continuación se presenta la discusión del estudio siguiendo una estructura paralela a los resultados presentados en el apartado anterior: la evaluación basal, los resultados intra-grupos, entre-grupos, el impacto de la intervención dentro del modelo multivariante y finalmente las recaídas.

2. Discusión**2.1. La muestra y la evaluación basal***2.1.1. La muestra*

El número total de sujetos detectados fueron 67 casos de los cuáles 33 se perdieron durante el reclutamiento y 5 abandonaron el estudio durante el seguimiento. Las pérdidas muestrales obtenidas son semejantes a las esperadas y a las obtenidas en otros estudios (Drury *et al.*, 1996b; Kuipers *et al.*, 1997; Drury *et al.*; Drury *et al.*, 2000; Jackson *et al.*, 2001; Morrison *et al.*, 2002; Gumley *et al.*, 2003; Halperin *et al.*,; Hogarty *et al.*, 2004).

El número de pacientes que no aceptaron participar en el estudio (n=19) era previsible inicialmente dado que una de las características habituales de la esquizofrenia es la ausencia de conciencia de enfermedad; y efectivamente, las 19 personas con las que se intentó contactar se excusaron con el motivo de no necesitar vinculación con los servicios de salud mental ni asistencia profesional.

Cinco de los pacientes que se perdieron durante el reclutamiento habían marchado a vivir fuera de la población y siete de éstos no se localizaron por errores de registro de datos personales.

En el marco del protocolo de evaluación se decidió incluir la entrevista semiestructurada SCID para corroborar la estabilidad del diagnóstico inicial. El motivo de este procedimiento es la necesidad de diagnosticar la enfermedad en base a su evolución. Como se comentaba en el capítulo primero, la esquizofrenia es una enfermedad heterogénea, cuya forma de inicio y presentación de síntomas clínicos puede variar en función de la persona; la evolución clínica del primer semestre será la que nos dará indicadores más precisos para establecer el diagnóstico. En el transcurso de las evaluaciones basales se descartaron dos casos por no presentar criterios suficientes de estabilidad diagnóstica quedando configurada la muestra final por 34 sujetos (Grupo PIPE=21; Grupo Control=13). Cabe destacar que durante los dieciocho meses del inicio del programa, no se presentan pérdidas muestrales por abandono y el total de los 34 sujetos finalizó el período de intervención y de evaluación (en el caso de GC). Sin embargo, los cinco abandonos que se producen ocurren durante el seguimiento, tres de éstos en el grupo experimental. Dos de los pacientes avalaron encontrarse mejor y que por motivos de trabajo no podían asistir a las evaluaciones, mientras que el tercero lo hizo en un período de reagudización sintomática.

Por lo que se refiere al GC, ambos pacientes abandonaron excusando que no necesitaban la vinculación con el Centro de Salud Mental por lo que interpretamos su respuesta en relación con la ausencia de conciencia de enfermedad.

La distribución desproporcional del género (en toda la muestra) y la media de edad en ambos grupos es esperable teniendo presente que valoramos la fase inicial de la esquizofrenia y que su distribución habitual tiene estas características. El sexo y la edad en la muestra son similares en la mayoría de estudios que valoran los inicios de la enfermedad. Muchos de ellos han tomado estas variables como objeto de análisis obteniendo proporciones y medidas similares a la que aquí se presentan (Larsen *et al.*, 1998; Edwards *et al.*, 1998; Barnes *et al.*, 2000; Norman *et al.*, 2001; Thornicroft, Tansell, Beckerc, Knappd, Leesea, Schenee, Vazquez-Barquero, 2004; Rabinowitz, Haim, Reichenberg, Weiser, Kaplan, Davidson, Häfner, 2005).

Respecto a estas características sociodemográficas de la muestra no se observaron diferencias significativas entre los grupos en las variables evaluadas. Aunque por el tipo de diseño aleatorio se preveía una distribución muy homogénea de las variables tras la asignación, el reducido

tamaño muestral podría haber actuado de otro modo en dicha distribución. Por este motivo se decidió comprobar que las diferencias en las variables exploradas tuvieran significación estadística.

Respecto al nivel de estudios, sólo una minoría de la muestra, tanto en el grupo control como en el PIPE, tiene estudios universitarios incompletos. Todos ellos afirman haber abandonado el curso (o los estudios) a causa de la enfermedad. La distribución del nivel de estudios en ambos grupos es muy similar como lo corrobora el nivel de significación.

Del mismo modo ocurre en la variable de convivencia actual. Dado que se trata de personas generalmente jóvenes encontramos aproximadamente un 70% de la muestra que convive con los padres. Cabe añadir que dos de los pacientes, en el momento de la eclosión del primer episodio vivían solos y a consecuencia de ello viven con los padres, de modo que en la evaluación basal se registra como tal.

Respecto a la situación laboral, también se observa una distribución bastante similar en la que alrededor del 20% tienen un trabajo parcial. En contrapartida, el resto de las personas se distribuyen entre el resto de categorías de una manera más heterogénea.

2.1.2. La evaluación clínica basal

El impacto de un primer episodio psicótico sobre el funcionamiento global de la persona tiene un peso relevante. Los expertos en programas de intervención precoz en la actualidad ya apuntan la importancia de ayudar a la persona, en la medida de lo posible, a reemprender la actividad global (Johannessen, 2004)²⁹. Es por este motivo por el que durante la evaluación basal se registran características clínicas previas al inicio de la intervención con el objetivo de describir y controlar aquellas variables que pueden tener algún efecto sobre el pronóstico de la enfermedad o que están relacionadas con evoluciones favorables o desfavorables en la esquizofrenia. Los ingresos hospitalarios previos han supuesto una variable estudiada y valorada como factor pronóstico por muchos autores, especialmente por aquellos que han

²⁹ Esta sugerencia fue expuesta por el Prof. Jan Olav Johannessen durante el X Curso Anual de Esquizofrenia ("Psicoterapias e intervenciones precoces en la esquizofrenia") en su conferencia titulada "Intervenciones precoces en primeros episodios psicóticos: lógica, estructura y resultados del programa escandinavo TIPS". Madrid (noviembre, 2004).

trabajado la evolución de las recaídas (Hogarty *et al.*, 1986; Hogarty *et al.*, 1991; Hogarty *et al.*, 1997; Hogarty y Ulrich, 1998; Pretti y Mito, 2000; Bottlender, Sato, Jäger *et al.*, 2003; Kelly, Clarke, Browne *et al.*, 2004; Norman, Malla, Manchanda, Harricharan, Takhara y Northcoth, 2005; Lay, Lauber y Rössler, 2006).

En nuestra muestra se observa una proporción mayor en la frecuencia de ingresos previos al inicio de la intervención en el grupo PIPE que en el grupo control. El grado de significación estadística nos proporciona información sobre la relativa relevancia de este estadístico. De todos modos sería un factor que afectaría de manera negativa a la evolución del grupo PIPE y menos al control.

La distribución en el resto de variables presenta resultados bastante homogéneos. Sin embargo, la DUP considerada por la mayoría de autores como factor pronóstico más importante, se distribuye de una manera distinta en ambos grupos. Como se exponía en el apartado de resultados, estas diferencias tampoco presentan significación estadística en la comparación entre grupos, pero considerando la DUP como una de las variables pronósticas más importantes se creyó necesario comprobar que realmente las diferencias, numéricas pero no significativas, podrían ser debidas a los efectos del azar. No obstante, la amplia diferencia entre las medias nos llevó a la decisión de incluirla en el modelo multivariante posterior.

La media de DUP en meses para el grupo PIPE fue de 41,14 semanas, mientras que para el grupo control fue de 86,83. La media general de DUP (o en su conversión a semanas) es similar a otros estudios (Barnes *et al.*, 2000; de Haan *et al.*, 2000; Drake *et al.*, 2000; Larsen *et al.*, 2000; Black *et al.*, 2001; Bottlender, Sato, Jäger *et al.*, 2003; Uçok *et al.*, 2004; Oosthuizen *et al.*, 2005;). Otros estudios encuentran una media de DUP inferior a nuestro estudio (Skeate *et al.*, 2002; Fuchs y Steinert, 2004; Fuchs y Steinert, 2005). Esta variabilidad probablemente es debida a la dificultad de valorar dicha variable. El método de valoración es habitualmente retrospectivo y en la actualidad todavía existen divergencias en criterios de puntos de corte respecto al inicio del primer síntoma prodrómico.

En el presente estudio, la DUP se valoró mediante una escala para la valoración del síndrome prodrómico (SIPS) (McGlashan *et al.*, 2001) que ayudó a ajustar la fecha de aparición del primer síntoma con la colaboración de la entrevista con las familias.

Respecto a la distribución diagnóstica entre los grupos encontramos en nuestra muestra tres tipologías de esquizofrenia, aunque aproximadamente un 90% de ésta estaba comprendida por la esquizofrenia paranoide y las demás se distribuyeron uniformemente en esquizofrenia desorganizada e indiferenciada. Si revisamos la literatura actual, la distribución diagnóstica en cada estudio difiere en función de los criterios de inclusión en el estudio. Este factor dificulta enormemente la comparabilidad de los resultados en primeros episodios y la posibilidad de extraer conclusiones más precisas sobre la estabilidad de la tipología diagnóstica. Los criterios de inclusión en el presente estudio, a nivel de diagnóstico, fueron bastante restrictivos, dada la complejidad y heterogeneidad de la enfermedad en sí. Por un lado este criterio dificulta la obtención de un tamaño muestral mayor, pero en contrapartida, ofrece resultados más precisos sobre el funcionamiento y la respuesta a la intervención psicológica de este tipo de pacientes.

En la evaluación basal, se contempló también el patrón de consumo de sustancias a nivel descriptivo ya que esto nos permite observar las similitudes o diferencias de la presente muestra con otras en las que se evalúa el patrón de consumo en la esquizofrenia en una fase más avanzada.

Se observó una alta tasa de fumadores entre los participantes en el estudio (86%); datos que se diferencian sustancialmente de los registrados en el estudio preliminar sobre primeros episodios (Palma, Cañete, Farriols, Soler y Julià, 2005) en el que encontrábamos un 42% de pacientes fumadores que padecían esquizofrenia. Esta tasa es similar al estudio de de Leon *et al.*, (2002) y distinta del de Brown *et al.*, (1999) cuyas tasas fueron superiores (65%).

Por otro lado se corrobora la frecuencia en el consumo de cannabis en la esquizofrenia, tanto en primeros episodios, en similitud con el estudio preliminar, como en otras fases de la enfermedad (Drake *et al.*, 2001; Schofield *et al.*, 2001; Arseneault, Cannon y Witton, 2004). En el consumo de alcohol sin embargo se presenta una tasa mayor que en el estudio anterior

sobre primeros episodios (38%) y muy similar a la que encuentra el equipo de Sevy (2001) y el de Robinson (2001).

En síntesis, el consumo de cannabis y alcohol es el más destacable en nuestra muestra y es por ello por lo que su tratamiento forma parte de los ingredientes de la intervención a aplicar dada su ya conocida interacción con el tratamiento neuroléptico.

Respecto a la evaluación basal de la clínica sintomática presentada al inicio de la intervención, cabe destacar la similitud entre los grupos y la ausencia de diferencias significativas en todas las medidas de resultado exploradas. Estos datos nos han permitido poder extraer conclusiones más precisas en cuanto a la valoración de la efectividad de la intervención aplicada.

Por otro lado, se realizó un análisis más detallado sobre los diferentes síntomas de las subescalas de la PANSS en la evaluación basal para obtener más datos sobre el estado clínico de la muestra completa y la sintomatología más habitual en la fase inicial de la enfermedad.

En cuanto a síntomas positivos, se observa una media más elevada en delirios, suspicacia o perjuicio, y en menor grado, la desorganización conceptual, de modo similar ocurre en el estudio de Moller *et al.*, (2000). Sin embargo hay autores que afirman la existencia de un predominio de sintomatología negativa (Hafner *et al.*, 1999). En nuestro estudio, no se observa un predominio de una sobre la otra ya que respecto a la escala negativa destacan también tres grupos sintomáticos: el embotamiento afectivo y el retraimiento emocional y social.

Por otro lado, los resultados en la escala de psicopatología general tienen mucho sentido explicativo de lo que ocurre tras la eclosión de un primer episodio de esquizofrenia. En nuestra muestra quedan enfatizados los sentimientos de culpa y la ausencia de *insight*.

Esta valoración es también destacada por otros autores nacionales que han estudiado la intervención en primeros episodios psicóticos. En concreto, el Dr. González de Chávez³⁰, ponía de manifiesto este aspecto en su experiencia en el tratamiento grupal de los primeros episodios y la implicación del sentimiento de culpa y la dificultad de aceptación de la enfermedad.

³⁰ Conferencia inaugural del X Curso Anual de Esquizofrenia ("Psicoterapias e intervenciones precoces en la esquizofrenia"). Madrid (noviembre, 2004).

En síntesis, las variables valoradas en la evaluación basal del estudio son homogéneas en relación a la asignación aleatoria a los grupos y similares a otros estudios análogos.

2.2. Los resultados de la evaluación y la comparación entre los grupos

Tras la valoración de los resultados en la evaluación basal se discutirán los resultados obtenidos a nivel intra-grupos y entre-grupos, es decir, la evolución clínica de cada grupo y la comparación entre ambos a lo largo de 18 meses y el seguimiento en todas las medidas de resultado evaluadas.

La mejoría sintomática ha sido evaluada mediante la PANSS (basal, a los 6 y 18 meses) y el BPRS (basal, a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses) para obtener medidas intermedias trimestrales.

Se observa mejoría clínica en todas las subescalas de la PANSS y en la BPRS del grupo PIPE frente a la estabilidad del grupo control. Estas diferencias son marcadas también en la valoración entre-grupos en las mismas escalas y son notables ya a los tres meses en las puntuaciones del BPRS de forma estadísticamente significativa.

Muchos de los estudios que han realizado intervenciones cognitivo-conductuales en la fase inicial de la esquizofrenia obtienen resultados similares al comparar el grupo experimental con el control y la evolución de los mismos por separado utilizando la PANSS (Hogarty *et al.*, 1986; Hogarty *et al.*, 1991; Garety *et al.*, 1994; Hogarty *et al.*, 1997; Hogarty *et al.*, 1998; Kuipers *et al.*, 1997; Sensky *et al.*, 2000; Lewis *et al.*, 2002; Tarrier *et al.*, 2004).

No obstante hay otros estudios que no hallan estas diferencias (Haddock *et al.*, 1999; Tarrier *et al.*, 1993). Es posible que estos estudios no obtengan resultados similares porque sus grupos de comparación son controles que reciben algún tipo de intervención; se trata de grupos de *counselling*, o de resolución de problemas. No obstante, ambos han señalado la mejoría clínica del grupo de terapia cognitiva respecto a otras modalidades aunque no presente significación estadística.

Cabe destacar también los resultados de un estudio presentado en el X curso anual de esquizofrenia por Jan Olav Johannessen³¹, en los que se obtuvieron resultados similares ($p=0,02$) en las puntuaciones de la PANSS ya a los 3 meses del inicio de la intervención (en fases tempranas de la esquizofrenia). Los resultados de este estudio indican cierta estabilidad de las puntuaciones durante el resto de la intervención.

El hecho de observarse resultados a los tres meses del inicio también es compartido por diferentes estudios que apoya los presentados en este trabajo (Lewis *et al.*, 2002).

Es importante distinguir estos resultados de los obtenidos en otros estudios donde se trabaja sobre otras fases de la enfermedad. No obstante, en la revisión realizada sobre los ensayos clínicos de terapia cognitiva podemos observar la existencia de estudios con programas que demuestran su impacto también en un corto período de tiempo. El equipo de Drury y colaboradores las detecta a las 7 semanas de la intervención, mientras que el grupo de Tarrier y Velligan exponen resultados a los 3 meses (Drury *et al.*, 1996a; Tarrier *et al.*, 1998).

Muchos otros presentan una efectividad a más largo plazo, a los 6, 9 y 12 meses de tratamiento (Haddock *et al.*, 1999; Velligan *et al.*, 2000; Barrowclough *et al.*, 2001; Sellwood *et al.*, 2001; Rector *et al.*, 2003; Bechdolf *et al.*, 2004).

En síntesis, en el presente estudio se obtienen resultados similares (en la comparación entre grupos) en las puntuaciones de la PANSS a otros estudios que aplican alguna modalidad de terapia cognitiva durante la fase inicial (Lewis *et al.*, 2002; Johannessen *et al.*, 2004).

Esta es una de las ventajas de trabajar en la fase inicial, ya que como apuntábamos en el capítulo primero, la investigación en esta fase descarta factores de toxicidad (en sentido amplio) que se entretujan en la evolución deteriorante de la esquizofrenia como por ejemplo los

³¹ Resultados expuestos por el Prof. Jan Olav Johannessen durante el X Curso Anual de Esquizofrenia ("Psicoterapias e intervenciones precoces en la esquizofrenia") en su conferencia titulada "Intervenciones precoces en primeros episodios psicóticos: lógica, estructura y resultados del programa escandinavo TIPS". Madrid (noviembre, 2004).

efectos de la institucionalización, de las múltiples recaídas y del tratamiento farmacológico, entre otros.

Como podemos observar, se encuentran resultados destacables también en estudios que aplican terapia cognitiva en otras fases, pero su efecto es un poco más tardío, por lo general. Un buen ejemplo de ello son los ensayos publicados durante los tres últimos años, en los que se observan resultados muy destacables durante la intervención y el seguimiento en la comparación de la TBC con otras modalidades terapéuticas (Hogarty *et al.*, 2004; Startup *et al.*, 2004; Trower *et al.*, 2004; Cather *et al.*, 2005; Granholm *et al.*, 2005).

Respecto a la actividad global y la mejoría clínica global también se observan diferencias a nivel intra-grupal como entre-grupos en todas las medidas puntuadas.

El nivel de actividad global y la impresión clínica global es una medida de resultado que no se ha utilizado de manera habitual en los estudios de primer episodio, pero en comparación con otros ensayos clínicos de intervención cognitivo-conductual (Velligan *et al.*, 2000; Sellwood *et al.*, 2001; Barrowclough *et al.*, 2001; Haddock *et al.*, 2003) se han obtenido resultados muy similares. En el caso de este último estudio se obtienen diferencias en el funcionamiento global a los 18 meses ($p=0,048$) en una muestra de 36 pacientes. Del mismo modo, ocurre en estudios más recientes en las medidas de actividad global en el que se obtienen niveles de significación estadística ($p=0,001$) en una muestra de 19 pacientes a los 6 meses de seguimiento (Temple *et al.*, 2005).

En síntesis, los resultados obtenidos en todas las medidas de resultado (síntomatología, funcionamiento global, impresión clínica y recaídas) tanto a nivel intra-grupal como entre los grupos manifiestan el impacto positivo que tiene la intervención precoz en la fase inicial de la esquizofrenia en todas las medidas realizadas durante los 18 meses de intervención y el seguimiento. Estos resultados a nivel de mejoría clínica son muy similares a otros estudios análogos realizados en la fase recuperación del primer episodio psicótico (Garety *et al.*, 1997; Kuipers *et al.*, 1997; Sensky *et al.*, 2000; Lewis *et al.*, 2002).

Desafortunadamente no existen muchos ensayos clínicos en intervención precoz de terapia cognitivo-conductual para la esquizofrenia que permitan un contraste más acusado de los

resultados obtenidos, pero la coincidencia del impacto es indicativa de que su efectividad en este tipo de población es alta y también distinta a la obtenida en trabajos realizados con pacientes en otras fases más avanzadas.

Por otro lado cabe destacar la dificultad de encontrar estudios que contemplaran una intervención similar a la que aquí se describe de índole cognitivo-motivacional. Como se comentaba en el capítulo cuarto, la revisión de estudios que hayan evaluado la efectividad de intervenciones motivacionales en la esquizofrenia, ha puesto en evidencia la dificultad de extraer conclusiones consistentes en este terreno por la heterogeneidad del concepto y la dificultad de manualizar el tipo de intervención. De todos modos, el estudio de Barrowclough *et al.*, (2001) y el de Haddock *et al.*, (2003), presenta características similares en cuanto al contenido de la intervención aunque no en el diseño del estudio, puesto que su muestra no está en la fase inicial de la enfermedad. El trabajo, llevado a cabo por el grupo de Tarrier, presenta evaluaciones a los 9 y 12 meses de intervención mostrando resultados altamente significativos también en todas las escalas de la PANSS y en la impresión clínica global.

Cabe destacar también estudios recientes con diseños de intervención motivacional en los que los resultados se mantienen durante el seguimiento a seis meses y tienen un impacto notable en la reducción de recaídas (Bellack *et al.*, 2006).

2.3. El impacto de la intervención

La evaluación del impacto de las intervenciones psicoterapéuticas es en sí controvertido. La principal razón es porque en la valoración global entran en juego variables difíciles de controlar, de evaluar y de analizar estadísticamente. Por tanto, las conclusiones de la evolución de las puntuaciones en estudios longitudinales, ya sean intra-grupo o entre-grupos, han de tomarse con cautela.

No obstante, existen estudios que han realizado análisis complejos que ofrecen una aproximación más pulida a la evaluación de las intervenciones. Nos referimos a los análisis de varianza y de modelos estadísticos multivariantes.

En el presente estudio, se ha utilizado la prueba MANCOVA para evaluar el efecto de la intervención. En éste se incluyeron las variables que podían resultar de confusión o podían incidir en la evolución de los grupos del mismo modo que se ha realizado en otros estudios

análogos (Thorncroft *et al.*, 2004; Rathod *et al.*, 2005; Granholm *et al.*, 2005; Rabinowitz *et al.*, 2005).

En nuestros resultados, utilizando el modelo de análisis descrito en el capítulo anterior, se evidencia un efecto diferencial sobre los grupos en las medidas de sintomatología clínica. Teniendo presentes los efectos de las covariables, la intervención explica hasta un 60% de la variación de las puntuaciones entre los grupos. Este dato es similar al de otro estudio análogos (Temple, 2005).

Los efectos del tratamiento farmacológico, que como hemos advertido anteriormente se ha analizado únicamente en la conversión de la dosis a Clorpromacina, no nos ofrecen una explicación de la evolución de las puntuaciones en el grupo PIPE. Sin embargo, el tratamiento farmacológico marca un efecto sobre las puntuaciones en la PANNS-P del grupo control.

Existen pocos estudios que realizan análisis comparativos de tratamientos psicoterapéuticos explorando las dosis farmacológicas como covariables. En la revisión realizada en el capítulo segundo, en la que se exploraron cinco bases de datos, no se obtuvieron datos de estudios de diseño similar al presente. Sin embargo, el estudio reciente de Granholm *et al.* (2005), realiza el mismo procedimiento en su análisis de la varianza.

Por otro lado, el nivel de cumplimiento de objetivos terapéuticos, no parece resultar el ingrediente esencial para una evolución positiva de las puntuaciones del grupo PIPE. Es posible, que los efectos de la intervención no se deban a los componentes de la intervención y estén más vinculados al hecho de tener un referente terapéutico y a los componentes más nucleares de relación que describe el programa PIPE.

Por tanto, desde la perspectiva de la efectividad, podemos intuir que nuestro punto de vista se desplaza hacia los factores comunes de la psicoterapia y hacia la enorme importancia de la alianza terapéutica en base a la que construiremos las diferentes intervenciones específicas (Goldfried, 1996; Botella, Pacheco, Herrero y Corbella, 2001).

Por su parte, las diferencias en la duración de psicosis sin tratar, aún obteniendo medias más altas en el GC, no explican la diferencia en las puntuaciones del post-tratamiento.

Con estos datos, podemos perfilar la idea de que los resultados obtenidos en el presente estudio se deben al impacto de la intervención y no al efecto de otras variables, a excepción de la cautelosa mejora del GC con el tratamiento farmacológico en la sintomatología positiva.

2.4. Las recaídas

Los expertos en la evaluación de recaídas afirman la necesidad de realizar estudios longitudinales capaces de detectar con sensibilidad esta variable, que constituye uno de los factores pronósticos más importantes de la esquizofrenia (Hogarty *et al.*, 1986). De hecho, algunos autores hablan de una vulnerabilidad más elevada a las recaídas durante los primeros años de enfermedad (Robinson *et al.*, 1999) y otros remarcan la importancia de estos primeros años como período de mayor vulnerabilidad a las recaídas (Birchwood *et al.*, 1998).

En el presente estudio hemos encontrado diferencias en los resultados de recaídas en función de las medidas exploradas a los 18 y los 24 meses.

Los resultados han mostrado frecuencias superiores en el grupo control en todas las medidas evaluadas respecto a número de ingresos hospitalarios, número de visitas no programadas, visitas al servicio de urgencias y duración de las hospitalizaciones. Sin embargo, no en todas las medidas hallamos significación estadística.

Respecto a los ingresos hospitalarios, en nuestro estudio se muestra una reducción de más de la mitad de las tasas de rehospitalizaciones en el grupo PIPE que en el control (14,2% *vs* 30,75%) a los 24 meses. Estos resultados con significación estadística son similares a los de otros estudios en los que también se redujeron las tasas de recaídas prácticamente a la mitad respecto al grupo control (Buchkremer *et al.*, 1997; Hornung *et al.*, 1999; Sellwood *et al.*, 2001; Gumley *et al.*, 2003).

Por otro lado, en nuestro estudio no se hace evidente la reducción en días de ingreso (a nivel de significación estadística) a pesar de marcar también una media de casi el doble de días de ingreso en los pacientes que recayeron del grupo control (media=33,55 días del grupo PIPE *vs* media=62,5 días del GC). Los mismos resultados fueron obtenidos en el estudio de Dobson *et al.* (1996), Haddock *et al.* (1999) y O'Donnell *et al.* (2003).

En el estudio de Haddock y colaboradores (1999) se observa un número de hospitalizaciones y de duración del ingreso menor en el grupo que recibe terapia cognitiva, aunque los niveles de significación estadística ($p=0,63$) no alcanzan valores sobre los cuales extraer afirmaciones más concluyentes.

La mayoría de estudios que aplican terapia cognitiva detectan esta significación estadística a más largo plazo. Los resultados de Buchkremer *et al.*, (1997) manifiestan diferencias en las tasas de reingresos a los dos años de haber finalizado la intervención. Del mismo modo ocurre en el estudio de Hornung *et al.* (1999), en el de Barrowclough *et al.*, (2001) y en el de Velligan *et al.* (2000), aunque este último afirma reducir la tasa de recaídas en nueve meses de intervención.

Por otro lado, el trabajo de Bechdorf y colaboradores (2004), a pesar de no presentar diferencias en recaídas al finalizar la intervención en 6 meses, éstas se detectan durante el seguimiento. Ningún paciente de los que reciben terapia cognitivo-conductual recaerá en los seis meses siguientes a la intervención, en contraste con el 12,5% de recaídas en el otro grupo.

Una de las dificultades que nos encontramos al comparar el impacto de las intervenciones sobre las recaídas en los diferentes estudios es la heterogeneidad de sus diseños. Son muchos los que apuestan por la terapia cognitiva, pero la modalidad y los niveles de intervención son distintos. Los estudios de Falloon *et al.*, (1982) muestran resultados destacables en recaídas a los nueve meses en la modalidad de terapia familiar. De manera similar ocurre en otros estudios de intervención psicoterapéutica de diferentes modalidades (Leff *et al.*, 1982; Liberman *et al.*, 1986; Hogarty *et al.*, 1997, 1991).

Sin embargo, el estudio de Tarrier *et al.*, (1998), detecta diferencias en recaídas a los 3 meses del inicio de la intervención entre un grupo que recibió terapia cognitiva y los controles. Del mismo modo pasa en el estudio de Sellwood *et al.*, (2001) y el de Gumley *et al.*, (2003) con terapia cognitiva individual.

En nuestro estudio se detecta una reducción en las estancias en hospital de día (a los 18 y 24 meses) y en las visitas a urgencias a los 18 meses ($p=0,048$). No obstante, durante el seguimiento, esta diferencia estadística no nos ofrece cifras significativas ya que durante este período se da un ligero aumento de las visitas a este servicio por parte de los pacientes que configuran el grupo PIPE.

Por otro lado, la frecuencia de recaídas globales ($p=0,048$) y del número de veces que se precisa un aumento de medicación ($p=0,047$) sí se muestra diferente en el grupo PIPE que en el control.

En nuestro estudio se observa una diferencia marcada en el número de pacientes que precisa un aumento de medicación entre el grupo PIPE y el GC. Además, queda evidenciada la idea de que el tratamiento integrado aplicado durante la fase inicial incide en la reducción de las dosis de medicación ($p=0,002$) como así lo demuestran los trabajos de intervención precoz publicados en la actualidad (Johannessen *et al.*, 2000; Jackson *et al.*, 2001).

La valoración de los resultados del presente estudio en relación al resto de trabajos publicados nos ofrecen datos consistentes sobre el impacto de las intervenciones precoces en estadios iniciales de la enfermedad, tanto a nivel de mejoría clínica como de reducción de recaídas.

Con los datos del presente estudio acorde con los obtenidos en otros estudios análogos, se puede observar la incidencia de las intervenciones sobre el pronóstico de la enfermedad. Sobre las bases de la hipótesis del período crítico podemos deducir que la intervención precoz incide en la mejoría del paciente y sobre la evolución deteriorante natural de la enfermedad.

Parte segunda: Diseño y desarrollo del programa PIPE para la esquizofrenia

Capítulo décimo: conclusiones y prospectiva

Conclusiones del estudio

Limitaciones del estudio

Líneas de mejora y prospectiva

Capítulo décimo:**Evaluación de la de la efectividad del programa PIPE: conclusiones y prospectiva**

*El conocimiento científico no es conocimiento probado,
pero representa un conocimiento
que es probablemente verdadero*

(Chalmers, 1982)

1. Introducción

En el presente capítulo se expondrán las principales conclusiones del estudio referentes a las diferentes hipótesis planteadas, así como las limitaciones de la investigación y la prospectiva.

2. Conclusiones

El programa PIPE se ha mostrado efectivo en su evaluación a los 18 y 24 meses del inicio ya que ha tenido un impacto positivo en la mayoría de las variables contempladas.

Hipótesis específicas

Se confirma hipótesis 3. El grupo que recibirá la intervención precoz mejorará su estado sintomático transcurridos 18 meses de la intervención y esta mejoría se mantendrá durante el seguimiento a los 24 meses.

La mejoría del grupo que recibe la intervención respecto a la evaluación basal es notable, frente a la estabilidad que presenta el grupo control. Los resultados son similares en todas las escalas utilizadas.

Se confirma hipótesis 4. El grupo que recibirá la intervención precoz estará clínicamente mejor (respecto a la sintomatología) que los que participan en el grupo control transcurridos 18 meses de intervención y esta mejoría se mantendrá durante el seguimiento a los 24 meses.

La clínica sintomatológica de los pacientes que participan en el grupo PIPE mejora significativamente respecto a los pacientes que no la reciben (Grupo Control). Esta mejoría ya es evidente a los 3 meses de intervención y se mantiene durante los meses posteriores de intervención y durante el seguimiento a los 24 meses.

Se confirma parcialmente la hipótesis 5. El grupo que recibirá la intervención precoz tendrá una tasa de recaídas más baja que los que participan en el grupo control tras la intervención y durante el seguimiento a los 24 meses.

El grupo PIPE muestra una tasa de recaídas más baja en reingresos, estancias en hospital de día, visitas a urgencias, aumentos de mediación y en la medida de recaída global. Además, han mostrado diferencias en la disminución de la dosis del tratamiento neuroléptico respecto al CG. No se observan diferencias estadísticamente significativas ni en días de hospitalización ni en visitas no programadas.

Se confirma la hipótesis 6. El grupo que recibirá la intervención precoz tendrá un mejor funcionamiento global que los que participan en el grupo control tras los 18 meses de intervención y esta mejoría se mantendrá durante el seguimiento a los 24 meses.

Las medidas de la actividad global de los pacientes han mostrado diferencias tanto en las puntuaciones intra-grupo como entre-grupos. A los 18 meses, la intervención precoz tiene un impacto sobre la actividad global que se mantiene durante el seguimiento hasta los 24 meses.

Se confirma la hipótesis 7. El grupo que recibirá la intervención precoz tendrá una mejor impresión clínica global tras los 18 meses que al inicio de la intervención y durante el seguimiento a los 24 meses.

Las medidas de la impresión clínica global de los pacientes del grupo PIPE han mostrado diferencias tanto en las puntuaciones intra-grupo como entre-grupos. La intervención se muestra efectiva también en la impresión clínica a los 18 meses y durante el seguimiento hasta los 24 meses.

Hipótesis generales

Se confirman la hipótesis 1 y 2.

1. El grupo participante en la intervención precoz (PIPE) tendrá una evolución positiva respecto a la evaluación basal (a nivel de recaídas, estado sintomático, la impresión clínica y el funcionamiento global).
2. El grupo participante en la intervención precoz (PIPE) tendrá una mejor evolución que los que participan en el grupo control (GC) en las mismas variables citadas.

Una intervención precoz en la fase inicial de la esquizofrenia tiene un impacto alto sobre la mejoría clínica y sobre las recaídas a los 18 meses de intervención que se mantiene durante el seguimiento tanto en las medidas intra-grupales como en la comparación entre los grupos.

3. Limitaciones del estudio

A continuación se describirán las principales limitaciones del presente estudio, así como las líneas de mejora y prospectiva.

La población objeto de investigación tiene unas características muy concretas y, además, se han acotado estrictamente los criterios de inclusión. Esto ha hecho que el tamaño de la muestra final sea reducido, dificultando así el cumplimiento regular de los criterios de normalidad en las variables dependientes. Por este motivo, en la fase de análisis estadístico se han tenido que tomar decisiones al respecto como la utilización de pruebas no paramétricas.

En general, los estudios de primer episodio presentan esta limitación, ya que los criterios de inclusión para la muestra suelen ser restrictivos, además de las dificultades implícitas que presenta el proceso diagnóstico (Tarrier *et al.*, 1993a y b; Garety *et al.*, 1994; Drury *et al.*, 1996a y b; Drury *et al.*, 2000; Haddock *et al.*, 1999; Power *et al.*, 2006).

Otra de las dificultades más importantes es la presencia de algunas variables que no suelen ser controladas en este tipo de estudios *a priori* (antes de la aleatorización) como por ejemplo la DUP o el tratamiento farmacológico y sus dosis. Tanto la DUP como el tratamiento farmacológico han sido registrado y analizados *a posteriori* como covariables en el modelo multivariante.

En cuanto a las evaluaciones, aunque se llevaran a cabo por evaluadores externo existen dificultades para garantizar el simple ciego ya que la frecuencia de las visitas o la simple presencia del evaluador en el Centro de Salud Mental destapa la asignación del paciente.

Aunque se ha intentado controlar esta variable es posible que exista un sesgo por esta dificultad de ocultar la situación de la persona evaluada.

Otra de las limitaciones del presente estudio es la temporalización del seguimiento. Se presentan resultados a 18 meses y 6 de seguimiento (24 meses desde el inicio) y aunque éstos hayan sido favorables, es necesario un período de tiempo más largo de seguimiento para observar con más detalle el mantenimiento de la mejoría y la evolución natural del CG a más largo plazo.

Y por último señalar que el ensayo se realiza con una intervención psicoterapéutica cognitivo-motivacional en la que uno de los ingredientes más importantes es el estilo del terapeuta. Este factor hace que el presente estudio sea difícilmente comparable, de hecho existen escasos estudios en los que se defina una intervención de este tipo. La Dra. Barrowclough y su equipo de Manchester muestran el efecto de su intervención psicológica en un ensayo muy similar al presente (Barrowclough *et al.*, 2001) que se mantiene durante el seguimiento a los 18 meses (Haddock *et al.*, 2003). No obstante, la dificultad de ambos estudios estriba en poder discernir si la mejoría se debe a que se favorece la adherencia al tratamiento o a la globalidad de la intervención.

4. Prospectiva

A continuación se explicitarán las líneas de mejora y valoración para futuros estudios en la psicoterapia durante la fase inicial de la esquizofrenia. Estas líneas de mejora hacen referencia sobretodo a la estabilidad de los resultados durante los próximos años y a las posibles variables de inclusión en los protocolos de evaluación con la finalidad de ir aumentando el cuerpo de conocimiento sobre las intervenciones psicoterapéuticas en esta fase de la enfermedad.

- Se hace necesario observar la **evolución** durante los próximos años de ambos grupos para extraer conclusiones más consistentes sobre la estabilidad de los cambios.
- Ampliar el tamaño muestra realizando **estudios multicéntricos** en colaboración con otros equipos.
- Hacer uso de mediciones específicas de la **adherencia al tratamiento** para controlarla y poder extraer conclusiones más precisas sobre el impacto de la intervención psicológica en su globalidad.
- Ampliar el estudio con la valoración de otras variables de vital importancia en la fase inicial de la esquizofrenia como es el impacto en la **calidad de vida** de la persona del primer episodio o el **impacto de la enfermedad en la familia**.
- Analizar **otras variables** sobre las cuales la intervención precoz haya podido tener un impacto (ej. hábitos de consumo, inserción laboral, situación de convivencia entre otros).

Referencias bibliográficas

Referencias bibliográficas

Abel, M. (2004). Book Review: Early detection of first-episode psychotic patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 71.

Addington, J. & Addington, D. (1998). Effect of substance misuse in early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 173, 26-32.

Albiston, D. J., Francey, S. M. & Harrigan, S. M. (1998). Group programmes for recovery from early psychosis. *British Journal of Psychiatry* (Suppl. 172) 117-121.

Altamura, A. C., Bassetti, R., Sassella, D., Salvatori, E. & Mundo, C. (2001) Duration of untreated psychosis as a predictor of outcome in first episode schizophrenia; a retrospective study. *Schizophrenia Research*, 52, 29 –36.

American Psychiatric Association (4a. ed.). (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (4a. ed.) (1995). Escala de Evaluación de la Actividad Global EEAG. En *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Amminger, G. P., Edwards, J., Brewer, W. J., Harrigan, S. & McGorry, P. D. (2002). Duration of untreated psychosis and cognitive deterioration in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 54, 223-230.

Anderson, C. M., Reiss, D. J. & Hogarty, G. E. (1986). *Schizophrenia in the Family: a Practitioner's Guide to Psychoeducation and Management*. New York: Guildford.

Andreasen, N. C. & Olsen, S. A. (1982). Negative versus positive schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 22, 168-176.

Andreasen, NC. (1990). Positive and negative symptoms: Historical and conceptual aspects. En N.C. Andreasen (Ed.), *Schizophrenia: Positive and Negative Symptoms as Syndromes: Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, New York: Karger.

Arango, C., Calcedo, B. A., Gonzalez, S. & Calcedo, O. A. (1999). Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 493-503.

Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., Sly, K., Devir, H. & Terry, M. (2002a). Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric inpatient services. *Addiction*, 97, 1329-1337.

Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., Sly, K., Devir, H. & Terry, M. (2002b). Motivational interviewing among psychiatric in-patients with substance use disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 233-240.

Ballesteros, J. & Gutiérrez, M. (1995). Epidemiología de la esquizofrenia: problemas metodológicos. En M. Gutiérrez, J. Ecurra & P. Pichot (Eds.), *Esquizofrenia. Entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico (I)* (pp. 13-30). Barcelona: Ediciones en neurociencias.

Bandler, R. & Grinder, J. (1975). *La estructura de la magia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Bark, N., Revheim, N., Huq, F., Khalderov, V., Ganz, Z. W. & Medalia, A. (2003). The impact of cognitive remediation on psychiatric symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 63, 229-235.

Barnes, T. R., Hutton, S. B., Chapman, M. J., Mutsatsa, S., Puri, B. K., & Joyce, E. M. (2000). West London first-episode study of schizophrenia. Clinical correlates of duration of untreated psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 177, 207-211.

Barrowclough, C. & Tarrier, N. (1992). *Families of Schizophrenic Patients: Cognitive Behavioural Intervention*. London: Chapman & Hall.

Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S. W., Moring, J. & O'Brien, R. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1706-1713.

Barrowclough, C., Tarrier, N., Lewis, S., Sellwood, W., Mainwaring, J., Quinn, J. & Hamlin, C. (1999). Randomised controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, *174*, 505-511.

Bechdolf, A., Knost, B., Kuntermann, C., Schiller, S., Klosterkötter, J. & Hambrecht, M. (2004). A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *110*, 21-28.

Bechdolf, A., Maier, S., Knost, B., Wagner, M. & Hambrecht, M. (2003). A psychological early intervention program for the prepsychotic prodromal state. A case report. *Nervenarzt*, *74*, 436-439.

Bechdolf, A., Veith, V., Schwarzer, D., Schormann, M., Stamm, E., Janssen, B., Berning, J., Wagner, M. & Klosterkötter, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy in the pre-psychotic phase: An exploratory study. *Psychiatry Research*, *136*, 2-3, 251-255.

Beiser, M., Erickson, D., Fleming, J. A. & Iacono, W. G. (1993). Establishing the onset of psychotic illness. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 1349-1354.

Bell, R. Q. (1992). Multiple-risk cohorts and segmenting risk as solutions to the problem of false positives in risk for the major psychoses. *Psychiatry*, *55*, 370-381.

Bellack, A. S. & Diclemente, C. C. (1999). Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, *50*, 75-80.

Bellack, A. S., Turner, S. M., Hersen, M. & Luber, R. F. (1984). An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, *35*, 1023-1028.

Bellack, A.S., Bennett, M., Gearon, J., Brown, C. & Yang, Y. (2006). A Randomized Clinical Trial of a New Behavioral Treatment for Drug Abuse in People With Severe and Persistent Mental Illness. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 426-432.

Bentall, R. P., Haddock, G. & Slade, P. D. (1994). Cognitive behaviour therapy for persistent auditory hallucinations: From theory to therapy. *Behaviour Therapy*, *25*, 51-66.

Birchwood, M. & Chadwick, P. (1997). The omnipotence of voces, III. Testing the validity of the cognitive model. *Psychological Medicine*, 27, 1345-1353.

Birchwood, M. & Tarrier, N. (1995). *El tratamiento psicológico en la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.

Birchwood, M. & Trower, P. (2003). Pathways to emotional dysfunction in first episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 182, 173-175.

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

Birchwood, M. (1992). Early intervention in schizophrenia: Theoretical background and clinical strategies. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 257-278.

Birchwood, M., Fowler, D. & Jackson, C. (2000). *Early intervention in psychosis. A guide to Concepts, Evidence and Interventions*. Chichester: John Wiley & Sons.

Birchwood, M., Iqbal, Z., Chadwick, P., & Trower, P. (2000). Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis, I. Ontogeny of post-psychotic depression. *British Journal of Psychiatry*, 177, 516-521.

Birchwood, M., Iqbal, Z., Jackson, C. & Hardy, K. (2005). Terapia cognitiva y disfuncion emocional en la psicosis temprana. En J. Gleeson & P. McGorry (Eds.), *Intervenciones psicologicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento* (pp. 369-398). Bilbao: Desclée de Brower.

Birchwood, M., Meaden, A., Trower, P., Gilbert, P. & Plaistow, J. (2000). The power of omnipotence of voices: Subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychological Medicine*, 30, 337-344.

Birchwood, M., Smith, J., Macmillan, F., Hogg, B., Prasad, R. & Harvey, C. (1989). Predicting relapse in schizophrenia: the development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers, a preliminary investigation. *Psychological Medicine*, 19, 649-656.

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

Birchwood, M. & Spencer, E. (2001). Early intervention in psychotic relapse. *Clinical Psychology Review*, 21, 1211-1226.

Black, K., Peters, L., Rui, Q., Milliken, H., Whitehorn, D. & Kopala, L. C. (2001). Duration of untreated psychosis predicts treatment outcome in an early psychosis program. *Schizophrenia Research*, 47, 215-222.

Bleuer, E. (1950). *Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Horme.

Bosch, J. M. & Cebrià, J. (1999). La Sra. Pesáez en el país de los espejos de la atención primaria. *Formación Médica Continuada*, 6, 451-454.

Bosch, J. M. & Cebrià, J. (1999). Reactancia psicológica: "Fumar es un placer". *Formación Médica Continuada*, 6, 59-61.

Boss, P. (2001). *La pérdida ambigua. Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado*. Barcelona: Gedisa.

Bottlender R, Sato T. & Jäger M. (2003). The impact of the duration of untreated psychosis prior to first psychiatric admission on the 15 year outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 62, 37-44.

Botella, LL., Pacheco, M., Herrero, O. & Corbella, S. (2001). Investigación en psicoterapia: el estado de la cuestión. *Boletín de Psicología*, 69, 19-42.

Bromet, E. J., Mojtabal, R. & Fennig, S. (2003). Epidemiología del primer episodio de esquizofrenia. En R.B. Zipursky & S. K. Schulz (Eds.). *Estadios iniciales de la esquizofrenia* (pp. 35-46). Barcelona: Psiquiatría Editores.

Brown, R. A., Ramsey, S. E., Strong, D. R., Myers, M. G., Kahler, C. W., Lejuez, C. W., Niaura, R., Pallonen, U.E., Kazura, A.N., Goldstein, M.G. & Abrams, D.B. (2003). Effects of motivational interviewing on smoking cessation in adolescents with psychiatric disorders. *Tobacco Control*, 12, (Suppl 4), IV3-IV10.

Buchkremer, G., Klingberg, S., Schulze, H. & Horrnung, WP. (1997). Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or caregivers: results of a two year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 483-491.

Butzlaff, R. L. & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.

Carperter, W. T. & Buchanan, R. W. (1994). Schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 330, 681-690.

Carpiniello, B. & Carta, M. G. (2002). Disability in schizophrenia. Intrinsic factors and prediction of psychosocial outcome. An analysis of literature. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 11, 45-58.

Castle, D. J., Wessely, S. & Murray, R. M. (1993). Sex and schizophrenia: effects of diagnostic stringency, and associations with and premorbid variables. *British Journal of Psychiatry*, 162, 658-664.

Cather, C. (2005). Functional Cognitive-Behavioural Therapy: A Brief Individual Treatment for Functional Impairments Resulting From Psychotic Symptoms in Schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50 (5), 258-263.

Cebrià, J. & Bosch, J. M. (1999). Querer y no querer. El dilema de la ambivalencia. *Formación Médica Continuada*, 6, 395.

Cebrià, J. & Bosch, J. M. (2000). La peregrinación por la rueda del cambio tiene indulgencia sanitaria plena. *Formación Médica Continuada*, 7, 233-236.

Cetkovich-Bakmas, M. G. (2003). Early diagnosis of schizophrenic psychosis. *Vertex*, 14, 199-205.

Chadwick, P. & Trower, P. (1996). Cognitive therapy for punishment paranoia: a single case experiment. *Behaviour Research Therapy*, 34, 351-356.

Chadwick, P., Birchwood, M. & Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, vioces and paranoia*. Chichester: John Wiley & Sons.

Chong, S., Lee, C., Bird, L. & Verma, S. (2005). A risk reduction approach for schizophrenia: The early psychosis intervention. *Annals of Academy of Medicine of Singapore*, 33, 630-635.

Cirici, R. & Obiols, J. (1998). La terapia cognitivo-constructivista en el proceso de rehabilitación de la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 26, 166-171.

Claghorn, J. L., Johnstone, E. E., Cook, T. H. & Itschner, L. (1974). Group therapy treatment of schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 31, 361-365.

Clarke, M., Moran, P., Keogh, F., Morris, M., Kinsella, A., Walsh, D., Larkin, C. & O'Callaghan, E. (1998). Seasonal influences on admissions in schizophrenia and affective disorder in Ireland. *Schizophrenia Research*, 34, 143-149.

Coffey, M. (1999). Psychosis and medication: strategies for improving adherence. *British Journal of Nursing*, 8, 225-230.

Conrad, K. (1958). *La esquizofrenia incipiente* (1a. ed.). San Sebastian: Triacastela.

Cougnard, A., Kalmi, E., Desage, A., Misdrahi, D., Abalan, F., Brun-Rousseau, H., Rachid, L. & Verdoux, H. (2004). Factors influencing compulsory admission in first-admitted subjects with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39 (10), 804-809.

D'Zurilla, T. J. & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.

Davies, G., Ahmad, F., Chant, D., Welham, J. & McGrath, J. (2000). Seasonality of first admissions for schizophrenia in the Southern Hemisphere. *Schizophrenia Research*, 41, 457-462.

Davidson, L. & Strauss, J. S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65, 131-145.

de Haan, L., Linszen, D. H., Lenior, M. E., de Win, E. D. & Gorsira, R. (2003). Duration of untreated psychosis and outcome of schizophrenia: delay in intensive psychosocial treatment versus delay in treatment with antipsychotic medication. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 341-348.

de Haan, L., van Der, G. M. & Wolthaus, J. (2000). Duration of untreated psychosis and the long-term course of schizophrenia. *European Psychiatry, 15*, 264-267.

de Leon, J., Tracy, J. & McCann, E. (2002). Schizophrenia and tobacco smoking: a replication study in another US psychiatric hospital. *Schizophrenia Research, 56*, 55-65.

Deegan, P. (1994). Recovery: The lived experience of rehabilitation. En W.A. Anthony & L. Spaniol (Eds.), *Readings in Psychiatric Rehabilitation* (pp. 149-162). Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.

Del Rincón, D., Arnal, J., Latorre, A. & Sans, A. (1995). *Técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Dykinson.

Dobson, D. (1996). Long-term support and social skills training for patients with schizophrenia. *Psychiatric services, 47*, 1145-1199.

Dobson, D. J., Mc Dougall, G., Busheikin, J. & Aldous, J. (1995). Effects of social skills training and social milieu treatment on symptoms of schizophrenia. *Psychiatric services, 46*, 376-380.

Doering, S., Müller, E., Köpcke, W., Pietzcker, A., Gaebel, W., Linden, M., Muller, P., Muller-Spahn, F., Tegeler, J. & Schussler, G. (1998). Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorders. *Schizophrenia Bulletin, 24*, 87-98.

Doyle, M., Flanagan, S., Browne, S., Clarke, M., Lydon, D., Larking, C. & O'Callaghan, E. (1999). Subjective and external assessments of quality of life in schizophrenia: relationship to insight. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 99* (6), 466-472.

Drake, R., Haley, C., Akhtar, S. & Lewis, S. (2000). Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 177*, 511-515.

Drury, V., Birchwood, M. & 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. Impact on psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry, 169*, 593-601.

Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R. & MacMillan, F. (1996b). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial II. Impact on psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry*, *169*, 602-607.

Durham, R. C., Guthrie, M., Morton, R. V., Reid, D. A., Treliving, L. R., Fowler, D. & McDonald, R.R. (2003). Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms. Results to 3-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, *182*, 303-311.

Edwards, J. & McGorry, P. (2004). *La intervención precoz en la psicosis. Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis* (2ª. ed.) Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.

Edwards, J., Harrigan, S. M., McGorry, P. D. & Amminger, P. G. (2002). Duration of untreated psychosis (DUP) and outcome in schizophrenia. *Psychological Medicine*, *32*, 563-564.

Edwards, J., Maude, D., Mc Gorry, P. D., Harrigan, S. M. & Cocks, J. (1998). Prolonged recovery in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, *172*, 107-116.

EPPIC. (1997). Psychoeducation in early psychosis: Manual 1. Early Psychosis Manuals, Melbourne: Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, Statewide Services.

Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton.

Etter, M., Mohr, S., Garin, C. & Etter, J. F. (2004). Stages of change in smokers with schizophrenia or schizoaffective disorder and in the general population. *Schizophrenia Bulletin*, *30*, 459-468.

Falloon, I. R., Boyd, J. L., McGill, C. W., Razani, J., Moss, H. B. & Gilderman, A. M. (1982). Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. *New England Journal of Medicine*, *306*, 1437-1440.

Falloon, I. R., Boyd, J. L., McGill, C. W., Williamson, W., Moss, H. B. & Gilderman, A. M. (1985a). Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, *306*, 1444.

Falloon, I. R. (1992). Early intervention for first episodes of schizophrenia: a preliminary exploration. *Psychiatry*, *55*, 4-15.

Farriols, N. (2001). *Efectivitat d'una intervenció psicosocial en un grup de pacients psicòtics crònics*. Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna. Universitat Ramon Llull.

Feldmann, R., Hornung, W. P., Buchkremer, G. & Arolt, V. (2001). The influence of familial loading on the course of schizophrenic symptoms and success of psychoeducational therapy. *Psychopathology*, 34, 192-197.

Flashman, L. A., McAllister, T. W., Andreasen, N. C. & Saykin, A. J. (2000). Smaller brain size associated with unawareness of illness in patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1167-1169.

Flashman, L. A., McAllister, T. W., Johnson, S. C., Rick, J. H., Green, R. L. & Saykin, A. J. (2001). Specific frontal lobe subregions correlated with unawareness of illness in schizophrenia: a preliminary study. *Journal of Neuropsychiatry Clinical Neuroscience*, 13, 255-257.

Foster, P. (2005). Neuroleptic equivalence. *Pharmaceutical Journal*, 30, 431-432.

Fowler, D., Garety, P. & Kuipers, E. (1995). *Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis*. West Sussex: Wiley & Sons.

Fowler, D., Garety, P. & Kuipers, E. (1998). *Cognitive behaviour therapy for psychosis: Theory and practice*. Chichester: UK: Wiley.

Freeman, D., Garety, P., Fowler, D., Kuipers, E., Dunn, G., Bebbington, P. & Hadley, C. (1998). The London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy for psychosis. IV: Self-esteem and persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 37 (4), 415-430.

Freeman, D., Garety, P. A. & Kuipers, E. (2001). Persecutory delusions: developing the understanding of belief maintenance and emotional distress. *Psychological Medicine*, 31, 1293-1306.

Freeman, D., Garety, P. A., Fowler, D., Kuipers, E., Bebbington, P. E. & Dunn, G. (2004). Why do people with delusions fail to choose more realistic explanations for their experiences? An empirical investigation. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 72, 671-680.

Freeman, D., Garety, P. A., McGuire, P. & Kuipers, E. (2005). Developing a theoretical understanding of therapy techniques: an illustrative analogue study. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 241-254.

Friis, S., Melle, I., Larsen, T. K., Haar, U., Johannessen, J. O. & Simonsen, E. (2004). Does duration of untreated psychosis bias study samples of first-episode psychosis? *Acta psychiatrica Scandinavica*, 110, 286-291.

Frith, C. D. (1995). The cognitive abnormalities underlying the symptomatology and the disability of patients with schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology*, 10 (3), 87-98.

Fromm-Riechmann, F. (1978). *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los trastornos maniaco-depresivos* (3ª. ed.). Buenos Aires: Horme.

Fuchs, J. & Steinert, T. (2004). Pathways to psychiatric care and duration of untreated psychosis in first-episode psychosis patients. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 70 (1), 40-45.

Fuchs, J. & Steinert, T. (2005). Duration of untreated psychosis (DUP): an useful predictor of outcome in schizophrenia?. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 72, 79-87.

Garety, P. A. & Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38 (2), 113-154.

Garety, P., Fowler, D. & Kuipers, E. (2000). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 73-86.

Garety, P., Kuipers, L., Fowler, D., Chamberlain, F. & Dunn, G. (1994a). Cognitive behavioural therapy for drug-resistant psychosis. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 259-271.

Garety, P., Fowler, D., Kuipers, E., Freeman, D., Dunn, G., Bebbington, P., Hadley, C. & Jones, S. (1997). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. II: Predictors of outcome. *British Journal of Psychiatry*, 171, 420-426.

Gleeson, J., Larsen, T. K. & McGorry, P. (2003). Psychological treatment in pre- and early psychosis. *Journal of American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31, 229-245.

Gleeson, J. (2005). La primera recaída psicótica: comprender los riesgos y las posibilidades. En J. Gleeson & P. McGorry, *La intervención psicológica en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento* (pp. 96-118). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Goldfried, M.R. (1996). *De la psicoterapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Goldstein, M. J. (1994). Psychoeducational and family therapy in relapse prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 54-57.

Goldstein, M. J., Rodnick, E. H., Evans, J. R., May, P. R. & Steinberg, M. R. (1978). Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 35, 1169-1177.

Graeber, D. A., Moyers, T. B., Griffith, G., Guajardo, E. & Tonigan, S. (2003). A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Community Mental Health Journal*, 39, 189-202.

Granholt, E., McQuaid, J.R., McClure, F.S., Auslander, L.A., Perivoliotis, D., Pedrelli, P., Patterson, T. & Jeste, D. (2005). A randomised, controlled trial of cognitive behavioural social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 162, 520-529.

Gray, R., Robson, D. & Bressington, D. (2002). Medication management for people with a diagnosis of schizophrenia. *Nursing Times*, 98, 38-40.

Gumley, A., O'Grady, L., McNay, L., Reilly, J., Power, K. & Norrie, J. (2003). Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12 month randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychological Medicine*, 33, 419-431.

Gunderson, J. G., Frank, A. F., Katz, H. M., Vannicelli, M. L., Frosch, J. P. & Knapp, P. H. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophrenia Bulletin*, *10*, 564-598.

National Institute of Mental Health. (1976). CGI. Clinical Global Impressions. En Guy W. (ed.) *ECDEU Assesment Manual for Psychopranacology*. Maryland: Rev. Ed. Rockville.

Haddock, G., Tarrier, N., Morrison, A. P., Hopkins, R., Drake, R. & Lewis, S. (1999). A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *34*, 254-258.

Haddock, G., Barrowclough, C., Tarrier, N. & Moring, J. (2003). Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcomes of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *183*, 418-426.

Häfner, H. & Van der Heiden, W. (1985). *Registri dei casi e schizofrenia*. Tansella, M. (ed.) Torino: Boringhieri .

Häfner, H. & Nowotny, B. (1995). Epidemiology of early-onset schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *245*, 80-92.

Häfner, H. & Van der Heiden, W. (1997). Epidemiology of Schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, *42*, 139-150.

Häfner, H., Löffler, W., Maurer, K., Hambrecht, M. & An der Heiden, W. (1999). Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in early course of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *100*, 105-118.

Häfner, H. (1992). IRAOS: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *6*, 209-223.

Häfner, H. (1998). Onset and course of the first schizophrenic episode. *Kaohsiung Journal of Medicine Science*, *14*, 413-431.

Haley, C.J., Drake, R.J., Bentall, R.P & Lewis, S. (2003). Health beliefs link to duration of untreated psychosis and attitudes to later treatment in early psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *38* (6), 311-316.

Haldford, W. K. & Hayes, R. (1991). Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients: recent findings on social skills training and family psychoeducation. *Clinical Psychology Review, 11*, 23-44.

Halperin, S., Nathan, P., Drummond, P. & Castle, D. (2000). A cognitive-behavioural, group-based intervention for social anxiety in schizophrenia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*, 809-813.

Hall, P. & Tarrrier, N. (2003). The cognitive behavioral treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behavior Research Therapy, 41*, 317-332.

Harris, M., Henry, L., Harrigan, S., Purcell, R., Schwartz, O. & Farrelly, S. (2005). The relationship between duration of untreated psychosis and outcome: An eight-year prospective study. *Schizophrenia Research, 79*, 85-93.

Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C. & Wanderling, J. (2001). Recovery from psychotic illness: a 15-and-20 year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry, 178*, 506-517.

Harrop, C. & Trower, P. (2001). Why does schizophrenia develop at late adolescence? *Clinical Psychological Review, 21*, 241-265.

Hayes, R. L., Haldford, W. K. & Varghese, F. T. (1995). Social skills training with chronic schizophrenic patients: Effects on negative symptoms and community functioning. *Behavior Therapy, 26*, 439.

Hayward, P., Chan, N., Kemp, R. & Youle, S. (1995). Medication self-management: A preliminary report on an intervention to improve medication compliance. *Journal of Mental Health, 4*, 511-517.

Hearding, C. M., Zubin, J. & Strauss, J. S. (1992). Chronicity in schizophrenia: revisited. *British Journal of Psychiatry, 161*, 27-37.

Henry, L. (2005). Intervención psicológica en la recuperación de la psicosis temprana: psicoterapia de orientación cognitiva. En J.Gleeson & P. McGorry (Eds.), *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento* (pp. 135-168). Bilbao: Desclée de Brower.

Henry, L., Edwards, J., Jackson, H., Hulbert, C. & McGorry, P. (2002). Cognitively Oriented Psychotherapy for First-episode Psychosis (COPE): A practitioner 's Manual. Melbourne, EPPIC.

Herz, M. & Lambert, J.S. (1995). Prodromal symptoms and relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 541-551.

Herz, M. (1996). Psychosocial Treatment. *Psychiatric annals*, 26, 531-535.

Hogarty, G. E. & Ulrich, R. F. (1998). The limitations of antipsychotic medication on schizophrenia relapse and adjustment and the contributions of psychosocial treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 32, 243-250.

Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Javna, C. D. Madonia, M.J. & EPICS Schizophrenia Research Group. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.

Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Ulrich, R. F., Carter, M. & EPICS Schizophrenia Research Group. (1991). Family Psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 48, 340-347.

Hogarty, G. E., Flesher, S., Ulrich, R., Carter, M., Greenwald, D., Pogue-Geile, M., Kechevan, M., Cooley, S., DiBarry, A.L., Garret, A., Parepally, H. & Zoretich, R. (2004). Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. *Archives of General Psychiatry*, 61, 866-876.

Hogarty, G. E., Kornblith, S. J., Greenwald, D., DiBarry, A. L., Cooley, S., Ulrich, R. F., Carter, M. & Flesher, S. (1997). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1504-1513.

Hornung, W. P., Kieserg, A., Feldmann, R. & Buchkremer, G. (1996). Psychoeducational training for schizophrenic patients: background, procedure and empirical findings. *Patient Education and Counseling*, 29, 257-268.

Hornung, W. P., Feldmann, R., Klingberg, S., Buchkremer, G. & Reker, T. (1999a). Long-term effects of a psychoeducational psychotherapeutic intervention for schizophrenic outpatients and their key-persons-results of a five-year follow-up. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 249, 162-167.

Hornung, W. P., Feldmann, R., Schonauer, K., Schafer, A., Monking, H. S. & Klingberg, S. (1999b). Psychoeducational-psychotherapeutic treatment of schizophrenic patients and their caregivers. II. Supplementary findings at a 2-year follow-up. *Nervenarzt*, 70, 444-449.

Iqbal, Z., Birchwood, M., Chadwick, P. & Trower, P. (2000). Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis, 2: Testing the validity of a social ranking model. *British Journal of Psychiatry*, 177, 522-528.

Jackson, C. & Iqbal, Z. (2000). Psychological adjustment to early psychosis. In M. Birchwood, D. Fowler & C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis*. Chichester: John Wiley & Sons.

Jackson, H. J., McGorry, P. & McKenzie, D. (1994). The reliability of DSM-III prodromal symptoms in first-episode psychotic patients. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 90, 375-378.

Jackson, H., McGorry, P., Edwards, J., Hulbert, C., Henry, L. & Francey, S. (1998). Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE). Preliminary results. *British Journal of Psychiatry* (Suppl.), 172, 93-100.

Jackson, H., McGorry, P., Henry, L., Edwards, J., Hulbert, C. & Harrigan. (2001). Cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE): a 1-year follow-up. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 57-70.

Jadad, A. R., Moore, R. A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D. J. M. & Gavaghan, D. J. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials*, 17, 1-12.

Jarne, A., Costa, J.M. & Sanz, A. (1995). Trastornos cognitivos en la esquizofrenia. En J.M. Costa. Trastornos cognitivos en la psicopatología. Barcelona: Paidós.

Jaspers, K. (1963). *General Psychopathology*. Manchester: Manchester University Press.

Johannessen, J. O. (1998). Early intervention and prevention in schizophrenia--experiences from a study in Stavanger, Norway. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, *100*, 511-522.

Johannessen, J. O., Larsen, T. K. & McGlashan, T. H. (1999). Duration of untreated psychosis: an important target for intervention in schizophrenia? *Nordic Journal of Psychiatry*, *53*, 275-283.

Johannessen, J. O., Larsen, T. K., McGlashan, T. H. & Vaglum, P. (2000). Early intervention in psychosis: The TIPS project, a multi-centre study in Scandinavia. En A. Bateman & B. Martindale (Eds.), *Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness* (pp. 210-234). London: Gaskell

Johannessen, J. O., McGlashan, T. H., Larsen, T. K., Horneland, M., Joa, I. & Mardal, S. (2001). Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, *51*, 39-46.

Jones, C., Cormac, I., Silveira da Mota Neto, J. I. & Campbell, C. (2004). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia (Cochrane Review). The Cochrane Library(4): Chichester, UK, John Wiley & Sons.

Jones, P. B. (2001). Schizophrenia: social and environmental factors: implications for aetiology. *Current Opinion in Psychiatry*, *14*, 39-43.

Jones, P. B., Bebbington, P., Foerster, A., Lewis, S. W., Murray, R. M. & Russell, A. (1993). Premorbid social underachievement in schizophrenia. Results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study. *British Journal of Psychiatry*, *162*, 65-71.

Jorgensen, P. (1998). Early signs of psychotic relapse. *British Journal of Psychiatry*, *172*, 327-330.

Joyce, E., Hutton, S., Mutsatsa, S., Gibbins, H., Webb, E. & Paul, S. (2002). Executive dysfunction in first-episode schizophrenia and relationship to duration of untreated psychosis: The West London Study. *British Journal of Psychiatry*, *181*, 38-44.

Kahn, E. & Kahn, E. W. (1992). Group treatment assignment for outpatients with schizophrenia: Integrating recent clinical and research findings. *Community Mental Health, 28*, 539-550.

Kalla, O., Aaltonen, J., Lehtinen, V., García Cabeza, J. & González de Chávez, M. (2002). Duration of untreated psychosis and its correlates in first-episode psychosis in Finland and Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*, 265-275.

Kanas, N. (1986). Group Therapy With Schizophrenics: A Review of Controlled Studies. *International of group psychotherapy, 36*, 339-351.

Kanas, N. (1996). Terapia grupal con esquizofrénicos. En H.I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Terapia de grupo* (3ª. ed., pp. 445-457). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Kavanagh, D. J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 160*, 601-620.

Kavanagh, D. J., Young, R., White, A., Saunders, J. B., Wallis, J., Shockley, N., Jenner, L. & Clair, A. (2004). A brief motivational intervention for substance misuse in recent-onset psychosis. *Drug and Alcohol Review, 23*, 151-155.

Kay, S. R., Fiszbein, A. & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 13*, 261-276.

Keith, S. J. & Matthews, S. (2005). Psicoterapia grupal. En A. Bellack (Ed.), *Schizophrenia: treatment, management and rehabilitation* (pp. 337-345). Orlando: Grune & Stratton, Inc.

Kelly, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*. Nueva York: Norton.

Kemp, R., David, A. & Haywood, P. (1996). Compliance therapy intervention targeting insight and treatment adherence in psychotic patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 24*, 331-350.

Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everit, B. & David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: A randomized controlled trial. *British Medical Journal., 312*, 345-349.

Kemp, R., Kirov, G., Everit, B., Haywood, P. & David, A. (1998). Randomised controlled trial of compliance therapy: 18 months follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 172, 413-419.

Kennedy, M., Schepp, K., & O'Connor, F. (2000). Symptom Self-Management and Relapse in Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14 (6), 266-275.

Kohn, D., Niedersteberg, A., Wieneke, A., Bechdorf, A., P ukrop, R. & Ruhrmann, S. (2004). Early course of illness in first episode schizophrenia with long duration of untreated illness - a comparative study. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 72, 88-92.

Kottgen, C., Sonnichsen, I. & Jurth, R. (1984). Group therapy with the families of schizophrenic patients: results of the Hamburg Camberwell-Family-Interview-Study III. *International Journal of family psychiatry*, 5, 83-94.

Kuipers, E., Garety, P., Dunn, G., Bebbington, P., Fowler, D. & Freeman, D. (2002). CBT for psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 181, 534.

Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Bebbington, G. D. P., Freeman, D. & Hadley, C. (1997). London East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 171, 319-327.

Kuipers, E., Leff, J. & Lam, D. (1992). *Family Work for Schizophrenia: A practical Guide*. London: Gaskell.

Kuipers, E., Fowler, D., Garety, P., Chisholm, D., Freeman, D., Dunn, G., Hadley, C. & Jones, S. (1998). London-east Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioral therapy for psychosis. III: Follow-up and economic evaluation at 18 months. *British Journal of Psychiatry*, 173, 61-68.

Lam, D. H. (1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychological Medicine*, 21, 423-441.

Lam, M., Hung, S. & Chen, E. (2006). Transition to psychosis: 6-month follow-up of a Chinese high-risk group in Hong Kong. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 (5), 414.

Larsen, T. K., Johannessen, J. O. & Opjordsmoen, S. (1998). First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis. Pathways to care. *British Journal of Psychiatry* (Suppl. 172), s45-s52.

Larsen, T. K., Moe, L. C., Vibe-Hansen, L. & Johannessen, J. O. (2000). Premorbid functioning versus duration of untreated psychosis in 1 year outcome in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 45, 1-9.

Lay, B., Lauber, C. & Rössler, W. (2006). Prediction of in-patient use in first-admitted patients with psychosis. *European Psychiatry* (en prensa).

Leff, J. (1994). Working with the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry* (Suppl.), s71-s76.

Leff, J., Berkowitz, R., Shavit, N., Strachan, A., Glass, I. & Vaughn, C. (1989). A trial of family therapy v. a relatives group for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 154, 58-66.

Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R. & Sturgeon, D. (1985). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 146, 594-600.

Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Vries, R. & Sturgeon, D. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.

Lewis, S., Tarrier, N., Haddock, G., Bentall, R., Kinderman, P. & Kingdon, D. (2002). Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *British Journal of Psychiatry* (Suppl. 43), s91-s97.

Lieberman, R. P. & associates (1989). *Modules for training social and independent living skills (medication management, symptom management, recreation for leisure, self-care y grooming, conversation skills)*. Camarillo: Psychiatric rehabilitation consultants.

Lieberman, R. P. & Mueser, K. T. (1988). Psychosocial treatment of schizophrenia. En S.Kaplan & B. J. Saddock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 792-805). Baltimore: Williams and Wilkins.

Liberman, R. P., Mueser, K. T. & Wallace, Ch.J. (1986). Social skills training for schizophrenic individuals at risk for relapse. *American Journal of Psychiatry*, *143*, 523-526.

Linzen, D. H., Dingemans, P. M. & Lenior, M. E. (1994). Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Archives of General Psychiatry*, *88*, 243-247.

Loebel, A. D., Lieberman, J. A., Alvir, J. M., Mayerhoff, D. I., Geisler, S. H. & Szymanski, S. R. (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 1183-1188.

Malaspina, D., Goetz, R. R., Yale, S., Berman, A., Friedman, J. H. & Tremeau, F. (2000). Relation of familial schizophrenia to negative symptoms but not to the Deficit Syndrome. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 994-1003.

Malla, A. K., Norman, R. M., Manchanda, R., Ahmed, M. R., Scholten, D. & Harricharan, R. (2002). One year outcome in first episode psychosis: influence of DUP and other predictors. *Schizophrenia Research*, *54*, 231-242.

Malla, A., Norman, R., Scholten, D., Manchanda, R. & McLean, T. (2005). A community intervention for early identification of First Episode Psychosis: Impact on duration of untreated psychosis (DUP) and patient characteristics. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *40*, 337-344.

Malm, U., May, P. R. & Dencker, S. J. (1981). Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: a checklist. *Schizophrenia Bulletin*, *7*, 477-487.

Malmberg, A., Lewis, G., David, A. & Allebeck, P. (1998). Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, *172*, 308-313.

Marder, S., Wirshing, W., Mintz, J., McKenzie, J., Johnston, K., Eckman, T., Lebell, M., Zimmerman, K. & Liberman, R.P. (1996). Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 1585-1592.

Marneros, A., Rohde, A., Deister, A. & Steinmeyer, E. M. (1989). Premorbid and social markers of patients with schizoaffective psychoses. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, *57*, 205-212.

Martino, S., Carroll, K. M., O'Malley, S. S. & Rounsaville, B. J. (2000). Motivational interviewing with psychiatrically ill substance abusing patients. *American Journal of Addiction, 9*, 88-91.

Martino, S., Carroll, K., Kostas, D., Perkins, J. & Rounsaville, B. (2002). Dual Diagnosis Motivational Interviewing: a modification of Motivational Interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. *Journal of substance abuse treatment, 23*, 297-308.

Mavreas, V. G., Tomaras, V., Karydi, V., Economou, M. & Stefanis, C. N. (1992). Expressed Emotion in families of chronic schizophrenics and its association with clinical measures. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 27*, 4-9.

May, P. R. A. (1968). *Treatment of schizophrenia: A comparative study of five treatment methods*. New York: Science House.

May, R. (2005). Dar sentido a la experiencia psicótica y trabajar por la recuperación. En J.Gleeson & P. McGorry (Eds.). *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento* (pp. 425-452). Bilbao: Desclée de Brouwer.

McCreadie, R., Mcdonalds, E., Blacklock, C., Tilak-Singh, D., Wiles, D., Halliday, J. & Paterson, J. (1998). Dietary of schizophrenia patients in Nithsdale, Scotland; case-control study. *British Medical Journal, 317*, 784-785.

McGlashan, T. H. & Johannessen, J. O. (1996). Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. *Schizophrenia Bulletin, 22*, 201-222.

McGlashan, T. H., Miller, T. J., Woods, S. W., Rosen, J. L., Hoffman, R. E. & Davidson, L. (2001). *Structured Interview for Prodromal Syndromes*. New Haven: PRIME Research Clinic. Yale School of Medicine.

McGlashan, T. H., Miller, T.J, & Woods, S.W. (2001). A scale for the assessment of prodromal symptoms and states. En T.J. Miller, Mednick, S.A., T. H. McGlashan, Libiger, J. y J.O.Johannessen eds. *Early intervention in psychotic disorders* (pp.135-139). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

McGorry, P., McFarlane, C., Patton, G. C., & Bell, R. (1995). La prevalencia de rasgos prodrómicos de la esquizofrenia en la adolescencia. Un estudio preliminar. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 92*, 241-249.

McGorry, P. (1995). Psychoeducation in first-episode psychosis: A theoretical process. *Psychiatry*, *58*, 344.

McGorry, P. (1998). Preventive strategies in early psychosis: verging on reality. *British Journal of Psychiatry* (Suppl. 172), 1-2.

McGorry, P. (2000). Psychotherapy and recovery in early psychosis: A core clinical and research challenge. En B. Martindale, A. Bateman, M. Crowe, & F. Marginson (Eds.), *Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness* (pp. 266-292). London: Gaskell.

McGorry, P. (2001). Secondary prevention of mental disorders. En G. Thornicroft & G. Szmukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry* (pp. 495-508). New York: Oxford University Press.

McGorry, P. (2005). Un resumen de los antecedentes y del alcance de las intervenciones psicológicas en psicosis temprana. In J. Gleeson & P. McGorry (Eds.). *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana*. Bilbao: Desclée de Brower.

McGorry, P. D., Yung, A. R. & Phillips, L. J. (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*, 771-790.

McGorry, P. D., Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., 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.

McGorry, P. D., Yung, A. & Phillips, L. (2001). Ethics and early intervention in psychosis: keeping up the pace and staying in step. *Schizophrenia Research*, *51*, 17-29.

McGorry, P., Chanen, A., McCarthy, E., Van Riel, R., McKenzie, D. & Singh, B. (1991). Post-traumatic stress disorder following recent onset psychosis: An unrecognised post-psychotic syndrome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *179*, 253-258.

McGorry, P., McFarlane, C., Patton, G. C. & Bell, R. (1995). La prevalencia de rasgos prodrómicos de la esquizofrenia en la adolescencia. Un estudio preliminar. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *92*, 241-249.

McMillan, F. & Shiers, D. (2000). The IRIS programme. En M. Birchwood & C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions* (pp. 315-326). Chichester, UK: Wiley.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.

Moller, P. (2000). First-episode schizophrenia: do grandiosity, disorganization, and acute initial development reduce duration of untreated psychosis? An exploratory naturalistic case study. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 184-190.

Montero, I., Asencio, A., Hernandez, I., Masanet, M. J., Lacruz, M. & Bellver, F. (2001). Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a Mediterranean environment. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 661-670.

Morgan, C. Dazzan, P., Morgan, K. Jones, P., Harrison, G. Leff, J., Murray, R. & Fearon, P. (2005). First episode psychosis and ethnicity: initial findings from the AESOP study. *World Psychiatry*, 5(1), 40-46.

Morrison, A. P. (2006). Cognitive therapy effective for people at risk for psychosis. *Schizophrenia Bulletin* (en prensa).

Morrison, A.P. & Haddock. G. (1997). Self-focused attention in schizophrenic patients with and without auditory hallucinations and normal subjects: a comparative study. *Personality and individual differences*, 23(6), 937-941.

Morrison, A. P., Bentall, R. P., French, P., Walford, L., Kilcommons, A. & Knight, A. (2002). Randomised controlled trial of early detection and cognitive therapy for preventing transition to psychosis in high-risk individuals. Study design and interim analysis of transition rate and psychological risk factors. *British Journal of Psychiatry* (Suppl. 43), s78-s84.

Morrison, A. P., French, P., Walford, L., Lewis, S. W., Kilcommons, A. & Green, J. (2004). Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 291-297.

Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.

Norman, R. M. & Malla, A. K. (2001). Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. *Psychological Medicine*, *31*, 381-400.

Norman, R. M., Townsend, L. & Malla, A. K. (2001). Duration of untreated psychosis and cognitive functioning in first-episode patients. *British Journal of Psychiatry*, *179*, 340-345.

Norman, R., Lewis, S. & Marshall, M. (2005). Duration of untreated psychosis and its relationship to clinical outcome. *British Journal of Psychiatry*, *187*,s19-s23.

Nuechterlein, K. H. & Dawson, M. E. (1984). Information processing and attentional functioning in the developmental course of schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, *10*, 160-203.

Nugter, A., Dingemans, P., Van der Does, J., Linszen, D. & Gersons, B. (1997). Family treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenia. *Psychiatry Research*, *72*, 23-31.

O'Brien, C. P., Hamm, K. B., Ray, B. A., Pierce, J. F., Luborsky, L. & Mintz, J. (1972). Group versus individual psychotherapy with schizophrenics: A controlled outcome study. *Archives of General Psychiatry*, *27*, 474-478.

O'Donnell, C., Donohoe, G., Sharkey, L., Owens, N., Migone, M., Harries, R., Kinsella, A., Larking, C. & O'Callaghan, E. (2003). Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia. *British Medical Journal*, *327*, 834-836.

Obiols, J. E., Serrano, F., Caparrós, B., Subirà, S. & Barrantes, N. (1999). Neurological soft signs in adolescents with performance on the continuous performance test: markers of liability for schizophrenia spectrum disorders? *Psychiatry Research*, *86*, 217-228.

Olin, S. C. & Mednick, S. A. (1996). Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations premorbidly. *Schizophrenia Bulletin*, *22*, 223-240.

Oosthuizen, P., Emsley, R. A., Keyter, N., Niehaus, D. J. H. & Koen, L. (2005). Duration of untreated psychosis and outcome in first-episode psychosis. Perspective from a developing country. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *111*, 214-219.

Osby, U., Hammar, N., Brandt, L., Wicks, S., Thinsz, Z. & Ekblom, A. (2001). Time trends in first admissions for schizophrenia and paranoid psychosis in Stockholm County, Sweden. *Schizophrenia Research*, 47, 247-254.

Otero, V. & Rebolledo, S. (1992). Evaluación de un programa de rehabilitación psiquiátrica. *Psiquis*, 13, 135-142.

Overall, J. E. & Gorham, D. R. (1962). Escala breve de Evaluación Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS). *Psychological Report*, 10, 799-812.

Palma, C., Cebrià, J., Farriols, N., Cañete, J. & Muñoz, E. (2005). La intervención motivacional en el paciente esquizofrénico. *Psiquis*, 26, 109-120.

Palma, C., Cañete, J., Farriols, N., Soler, F. & Julià, J. (2005). Primeros episodios psicóticos: Características clínicas y patrones de consumo de sustancias en pacientes ingresados en una unidad de agudos. *Anales de Psicología*, 21(2), 283-296.

Palma, C., Ferrer, M., Farriols, N. & Cebrià, J. (2006). La recuperación en la psicosis temprana: los procesos de duelo y el sentido de la experiencia psicótica. *Anales de Psiquiatría* (en prensa).

Pantaloni, M. V. & Swanson, A. J. (2003). Use of the University of Rhode Island Change Assessment to measure motivational readiness to change in psychiatric and dually diagnosed individuals. *Psychology and Addictive Behaviours*, 17, 91-97.

Penadés, R., Boget, T., Salamero, M., Catarineu, S. & Bernardo, M. (1999). Alteraciones neuropsicológicas en la esquizofrenia y su modificación. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27, 198-208.

Penn, D. L. & Mueser, K. T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 607-617.

PEPP. (2000). Prevention and Early Intervention Program for Psychosis: Screening, Assessment and Treatment Manuals. London, Ontario: London Health Sciences Centre.

Peralta, V. & Cuesta, M. J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiatría y Ciencias Afines*, 22, 171-177.

Peralta, V., Cuesta, M. J. & de Leon, J. (1991). Premorbid personality and positive and negative symptoms in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 336-339.

Perls F. (1974). *Sueños y Existencia-Terapia Gestáltica*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Perona, S., Cuevas, C., Vallina, O. & Lemos, S. (2003). *Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia*. Madrid: Minerva Ediciones.

Perris, C. (1989). *Cognitive therapy with schizophrenic patients*. Londres: Guildford Press.

Phillips, L. J., Yung, A. R. & McGorry, P. D. (2000). Identification of young people at risk of psychosis: validation of Personal Assessment and Crisis Evaluation Clinic intake criteria. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 34 (Suppl.), s164-s169.

Pichot, P. (1995). Evolución del concepto de esquizofrenia. En M. Gutiérrez, J. Escurra & P. Pichot (Eds.), *Esquizofrenia. Entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico (I)* (pp. 1-12). Barcelona: Ediciones en neurociencias.

Poch, C. & Herrero, O. (2003). La muerte y el duelo en el contexto educativo: reflexiones, testimonios y actividades. Barcelona: Paidós.

Power, P.J.R., Bell, R.J., Mills, R., Herrman-Doig, T., Davern, M., Henry L., Yuen, H.P., Khademy-Deljo A. & McGorry, P.D. (2003). Suicide prevention in first episode psychosis: the development of a randomised controlled trial of cognitive therapy for acutely suicidal patients with early psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(4), 414

Prochaska, J. O. & Diclemente, C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviours. *Progress in Behaviour Modification*, 28, 183-218.

Randall, F., Wood, P., Day, J., Bentall, R., Rogers, A. & Healy, D. (2002). Enhancing appropriate adherence with neuroleptic medication: Two contrasting approaches. En A.Morrison (Ed.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis* (pp. 281-297). New York: Brunner-Routledge.

Rathod, S., Kingdon, D., Smith, P. & Turkington, D. (2005). Insight into schizophrenia: the effects of cognitive behavioural therapy on the components of insight and association with sociodemographics—data on a previously published randomised controlled trial. *Schizophrenia Research, 74*, 211 – 219.

Rector, N. A., Seeman, M. V., & Segal, Z. V. (2003). Cognitive therapy for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial. *Schizophrenia Research, 63*, 1-11.

Rennie, D. L., Phillips, J. R. & Quartaro, G. K. (1988). Grounded theory: a promising approach to conceptualization in psychology? *Canadian Psychology, 29*, 139-150.

Ridway, P. (2001). Restroying psychiatric disability: learning for the first person narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 24*, 335-343.

Robinson, D., Woerner, M. G., Alvir, J. M., Bilder, R., Goldman, R., Geisler, S., Koreen, A., Sheitman, B., Chakos, M., Mayerhoff, D. & Lieberman, J.A. (1999). Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry, 56*, 241-247.

Roder, V., Brenner, H. D., Hodel, B., & Kienzie, N. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.

Rodríguez Solano, J. J. & Gonzalez, D. C. (2000). Premorbid personality disorders in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 44*, 137-144.

Rodríguez, F., Hernandez, C., Rodríguez, A. & Tost, L. (2004). Epidemiología de la esquizofrenia: dificultades de los estudios. *Psiquis, 25*, 203-218.

Rogers, C. (1980). *El poder de la persona*. Distrito Federal, Mexico: Manual Moderno.

Rogers, C. (1986). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Barcelona: Paidós.

Rollnick, S. & Miller, W. R. (1995). What is IM? *Behavioural & Cognitive Psychotherapy, 23*, 325-334.

Rusch, N. & Corrigan, P. W. (2002). Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26, 23-32.

Sassaroli, S. & Lorenzini, R. (2004). Patogenia y terapia. En C.Perris y P. McGorry (Eds.), *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Schaub, A. (2004). Terapia cognitivo-conductual orientada al afrontamiento en la esquizofrenia: un nuevo tratamiento para uso clínico y científico. En C.Perris & P. McGorry (Eds.), *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Shiloh, R., Shapira, A., Potchter, O., Hermesh, H., Popper, M. & Weizman, A. (2005). Effects of climate on admission rates of schizophrenia patients to psychiatric hospitals. *European Psychiatry* 20, 61-64.

Schofield, N., Quinn, J., Haddock, G. & Barrowclough, C. (2001). Schizophrenia and substance misuse problems: a comparison between patients with and without significant carer contact. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 523-528.

Schooler, N. R. & Keith, S. J. (1990). Role of medication in psychosocial treatment. En M.Herz, S. J. Keith, & J. P. Docherty (Eds.), *Psychosocial treatment of schizophrenia. Handbook of schizophrenia* (pp. 45-67). New York: Elsevier Science Publishers.

Schooler, N. R. & Keith, S. J. (1993). The clinical research base for the treatment of schizophrenia. *Psychopharmacological Bulletin*, 29, 431-446.

Schooler, N. R., Keith, S. J., Severe, J. B., Matthews, S. M., Bellack, A. S. & Glick, I. D. (1997). Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia. The effects of dose reduction and family treatment. *Archives of General Psychiatry*, 54, 453-463.

Sechehaye, M. (1958). *La Realización Simbólica. Exposición de un Nuevo Método Psicoterápico. Diario de una Esquizofrénica*. México: Fondo de Cultura Económica.

Sellwood, W., Barrowclough, C., Tarrier, N., Quinn, J., Mainwaring, J. & Lewis, S. (2001). Needs-based cognitive-behavioural family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia: 12-month follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 346-355.

Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J. L., Scott, J., Siddle, R., O'Carroll & M., Barnes, T.R. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 165-172.

Sevy, S., Robinson, D. G., Holloway, S., Alvir, J. M., Woerner, M. G., Bilder, R., Goldman, R., Lieberman, J. & Kane, J. (2001). Correlates of substance misuse in patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *104*, 367-374.

Singh, S. & Grange, T. (2006). Measuring pathways to care in first-episode psychosis: A systematic review. *Schizophrenia Research*, *81* (1), 75-82.

Skeate, A., Jackson, C., Birchwood, M. & Jones, C. (2004). Duration of Untreated Psychosis and Pathways to care in first episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, *181*, 73-77.

Smith, T. E., Deutsch, A., Schwartz, F. & Terkelsen, K. G. (1993). The role of personality in the treatment of schizophrenic and schizoaffective disorder inpatients: a pilot study. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *57*, 88-99.

Soyka, M. (2000). Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, *176*, 350.

Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)*. New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research.

Startup, M., Jackson, M. C. & 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.

Staton, A. H., Gunderson, J. G., Knapp, P. H., Frank, A. F., Vanicelli, M. L., Schnitzer, R. & Rosenthal, R. (1984). Effects of psychotherapy in Schizophrenia I. Designed implementation of a controlled study. *Schizophrenia Bulletin*, *10*, 520-563.

Steinberg, M. L., Ziedonis, D. M., Krejci, J. A. & Brandon, T. H. (2004). Motivational interviewing with personalized feedback: a brief intervention for motivating smokers with

schizophrenia to seek treatment for tobacco dependence. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 72*, 723-728.

Subotnik, K.L. & Nuechterlein, K. H. (1988). Prodromal signs and symptoms of schizophrenic relapse. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 405-412.

Swanson, A. J., Pantalon, M. V. & Cohen, K. R. (1999). Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 187*, 630-635.

Tamminga, C. A., Buchanan, R. W. & Gold, J. M. (1998). The role of negative symptoms and cognitive dysfunction in schizophrenia outcome. *International Clinical Psychopharmacology, 13* (Suppl. 3.), s21-s26.

Tarrier, N., Yusupoff, L., Inney, C., McCarthy, E. & Gledhill, A. (1998). Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal, 317*, 303-307.

Tarrier, N., Barrowclough, C. & Bamrah, J.S. (1991). Prodromal signs of relapse in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 26*, 157-161.

Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L. & Ugarteburu, I. (1993a). A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. *British Journal of Psychiatry, 162*, 524-532.

Tarrier, N., Sharpe, L., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A. & Yusupoff, L. (1993b). A trial of two cognitive behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients. II. Treatment-specific changes in coping and problem-solving skills. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 28*, 5-10.

Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., McCarthy, E., Gledhill, A., Haddock, G. & Morris, J. (1998). Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal, 317*, 303-307.

Tarrier, N., Kinney, C., McCarthy, E., Humphreys, L., Wittkowski, A. & Morris, J. (2000). Two-year follow-up of cognitive--behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 917-922.

Tarrier, N., Lewis, S., Haddock, G., Bentall, R., Drake, R., Kinderman, P., Kingdon, D., Siddle, R., Everitt, J., Leadley, K., Benn, A., Grazebrook, K., Haley, C., Akhtar, S., Davies, L., Palmer, S. & 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.

Tatsumi, M., Sasaki, T., Iwanami, A., Kosuga, A., Tanabe, Y. & Kamijima, K. (2002). Season of birth in Japanese patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *54*, 223-230.

Temple, S. & Ho, B. (2005). Cognitive therapy for persistent psychosis in schizophrenia: a case-controlled clinical trial. *Schizophrenia Research*, *74*, 195– 199.

Tirupati, N. S., Rangaswamy, T. & Raman, P. (2004). Duration of untreated psychosis and treatment outcome in schizophrenia patients untreated for many years. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, *38*, 339-343.

Tomaras, V., Mavreas, V., Economou, M., Ioannovich, E., Karydi, V. & Stefanis, C. (2000). The effect of family intervention on chronic schizophrenics under individual psychosocial treatment: a 3-year study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *35*, 487-493.

Townsend, L. A., Norman, R. M., Malla, A. K., Rychlo, A. D. & Ahmed, R. R. (2002). Changes in cognitive functioning following comprehensive treatment for first episode patients with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Research*, *113*, 69-81.

Trower, P., Birchwood, M., Meaden, A., Byrne, S., Nelson, A. & Ross, K. (2004). Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *184*, 312-320.

Tsuang, J. & Fong, T. W. (2004). Treatment of patients with schizophrenia and substance abuse disorders. *Current Pharmaceutical Design*, *10*, 2249-2261.

Turkington, D., Kingdon, D. & Turner, T. (2002). Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, *180*, 523-527.

Ucok, A., Polat, A., Genc, A., Cakiotar, S. & Turan, N. (2004). Duration of untreated psychosis may predict acute treatment response in first-episode schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, *38*, 163-168.

Valles, M. S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis sociológica.

Vallina, O. & Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema, 13*, 345-364.

Vallina, O., Alonso, M., Gutiérrez, A., Ortega, J. A., García, A. & Fernández, P. (2003). Aplicación de un programa de intervención temprana en psicosis. Un nuevo desarrollo para las unidades de salud mental. *Avances en Salud Mental Relacional*. Disponible en: <http://bibliopsiquis.com/asmr/0202/>

Van Horn, D. H. & Bux, D. A. (2001). A pilot test of motivational interviewing groups for dually diagnosed inpatients. *Journal of Substance Abuse Treatment, 20*, 191-195.

Vaughan, K., Doyle, M., McConaghy, N., Blaszczynski, A., Fox, A. & Tarrier, N. (1992). The Sydney intervention trial: a controlled trial of relatives' counselling to reduce schizophrenic relapse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 27*, 16-21.

Velligan, D. I., Bow-Thomas, C. C., Huntzinger, C., Ritch, J., Ledbetter, N., Prihoda, T. J. & Miller, A. (2000). Randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 157*, 1317-1323.

Velligan, D. I., Prihoda, T. J., Ritch, J. L., Maples, N., Bow-Thomas, C. C. & Dassori, A. (2002). A randomized single-blind pilot study of compensatory strategies in schizophrenia outpatients. *Schizophrenia Bulletin, 28*, 283-292.

Walitzer, K. S., Dermen, K. H. & Connors, G. J. (1999). Strategies for preparing clients for treatment. A review. *Behaviour Modification, 23*, 129-151.

Wallace, C. J. & Liberman, R. P. (1985). Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial. *Psychiatry Research, 15*, 239-247.

Wilson, W. H. (1992). Response to Kahn and Kahn, "group treatment assignment for outpatients with schizophrenia". *Community Mental Health Journal, 28*, 551-553.

Walsh, E., Harvey, K., White, I., Higgitt, A., Fraser, J. & Murray, R. (2001). Suicidal behavior in psychosis: prevalence and predictors from a randomized controlled trial of case management. *British Journal of Psychiatry*, 178, 260.

Wiersma, D., Nienhuis, F. J., Slooff, C. J. & Giel, R. (1998). Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year follow up of a Dutch incidence cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 75-85.

Wilson, W. H. (1992). Response to Kahn and Kahn, "group treatment assignment for outpatients with schizophrenia". *Community mental health journal*, 28, 551-553.

Yamazawa, R., Mizuno, M., Nemoto, T., Miura, Y., Murakami, M. & Kashima, H. (2004). Duration of untreated psychosis and pathways to psychiatric services in first-episode schizophrenia. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 58 (1), 76-81.

Yung, A. (1995). The PACE Clinic: development of a clinical service for young people at high risk of psychosis. *Australas Psychiatry*, 3, 345-349.

Yung, A. R. & McGorry, P. D. (1996). The initial prodrome in psychosis: descriptive and qualitative aspects. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 587-599.

Yung, A. R. & McGorry, P. D. (1997). Is pre-psychotic intervention realistic in schizophrenia and related disorders? *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 799-805.

Yung, A. R., McGorry, P. D., McFarlane, C. A., Jackson, H. J., Patton, G. C. & Rakkar, A. (1996). Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 283-303.

Yung, A. R., Phillips, L. J., McGorry, P. D., McFarlane, C. A., Francey, S. & Harrigan, S. (1998). Prediction of psychosis. A step towards indicated prevention of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* (Suppl. 172) 14-20.

Yung, A., McGorry, P., McFarlane, C., Jackson, H., Patton, G. C., & Rakkar, A. (1996). Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 283-303.

Yung, A., Phillips, L., Yuen, H. P., Francey, S., McFarlane, C. & Hallgreen, M. (2003). Psychosis Prediction: 12-month follow up of a hiht-risk ("prodromal") group. *Schizophrenia Research, 60*, 21-32.

Yusopoff, L., Haddock, G., Sellwood, W. & Tarrier, N. (1996). Cognitive behavioural therapy for hallucinations and delusions: Current practices and future trends. En P.M.Salkovskis (Ed.), *Trends in cognitive and behavioral therapies* (pp. 133-146). London: Wiley.

Zhang, A. Y., Harmon, J. A., Werkner, J. & McCormick, R. A. (2004). Impacts of motivation for change on the severity of alcohol use by patients with severe and persistent mental illness. *Journal of Studies on Alcohol, 65*, 392-397.

Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 86*, 103-126.

Zubin, J., Steinhauer, S. R. & Condray, R. (1992). Vulnerability to relapse in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 161*, 13-18.

Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C. A. & Mechanic, D. (2002). Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 159*, 1653-1664.

Me gustaría finalizar este trabajo con una frase de la persona que ha guiado todos mis pasos como alumna, como doctoranda, como terapeuta, como docente y como amiga. Gracias Núria.

El delirio es la compañía encontrada
en la soledad de la locura

(N.F. Setiembre de 2006)

ANEXO

Consentimiento informado

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE
ESTUDIO POSTAUTORIZACIÓN PARA EVALUAR LA EVOLUCIÓN Y EL
PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

INTRODUCCIÓN

Su médico le ha indicado el seguimiento de un tratamiento para la enfermedad que usted padece y lo considera adecuado para su caso. Dado que se desea estudiar el impacto de una intervención precoz desde los inicios de la enfermedad en pacientes que sufren lo mismo que usted, con esta hoja le invitamos a tomar parte de un estudio de investigación con estos objetivos. Además de la información escrita que aparece a continuación, su médico también le informará acerca del estudio. Si usted decide que no quiere participar, esta decisión no implicará ninguna diferencia con respecto a la calidad de la asistencia sanitaria que usted va a recibir.

OBJETIVO

El objetivo es sencillamente observar el impacto de una intervención precoz en la evolución de la enfermedad desde sus inicios con la finalidad de avanzar en el conocimiento científico de la misma y propiciar, en un futuro, un mejor abordaje terapéutico, una mejor calidad de vida y una mejoría clínica en la evolución de la enfermedad.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

En este estudio participan todos los pacientes de la zona del Maresme que tienen su misma enfermedad.

El estudio consta de una intervención psicoterapéutica donde participará tanto usted como su familia. Se realizará una primera evaluación previa a la intervención, a los 3 meses, a los 6 meses, a los 9, 12 y al finalizar la intervención. Se llevarán a cabo también las evaluaciones posteriores de seguimiento (tras seis meses después de realizar la intervención).

El estudio está basado en la realización de la intervención psicoterapéutica y la recogida de datos clínicos relacionados con la evolución de la enfermedad. A excepción de los cuestionarios con los que se facilita la evaluación de los objetivos antes mencionados, su

participación en el estudio no implica la realización de ninguna prueba o procedimiento que no estuviera indicado en su caso, con independencia de que usted participara en el estudio o no.

CONFIDENCIALIDAD

Toda información que se recoge de usted, y que se guardará y analizará en un sistema informático, será estrictamente confidencial y seguirá la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal. Los resultados del estudio se presentarán siempre de forma global y nunca, bajo ningún concepto, de forma individualizada.

BENEFICIOS

Recibirán una terapia psicológica, además de la convencional que le permitirá a usted y a su familia llevar un mayor control de su enfermedad. Una terapia cuyo objetivo es favorecer su calidad de vida y la de su familia, así como ayudarle a tener un mayor manejo y control de su enfermedad en su vida diaria.

La información que se obtenga de este estudio puede contribuir al conocimiento de su enfermedad y puede resultar útil para el abordaje de pacientes futuros.

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

(nombre y apellidos del participante)

-He leído la hoja de información que se me ha entregado

-He recibido suficiente información sobre el estudio

-He podido hacer preguntas sobre el estudio

-He hablado con la investigadora (Carol Palma)

**Comprendo que mi participación es voluntaria y presto libremente mi
conformidad para participar en el estudio**

Fecha ____/____/____

Firma del participante

Firma de la investigadora