



Universitat Ramon Llull

TESI DOCTORAL

Títol Detección precoz en los trastornos psicóticos: Una comparación de las características sociodemográficas y clínicas entre dos grupos diagnósticos clínicamente diferenciados.

Realitzada per Noemí Morales i Lorenzo

en el Centre Universitat Ramon Llull

i en el Departament de Psicologia Clínica

Dirigida per Dr. Victor Cabré i Segarra

*C. Claravall, 1-3
08022 Barcelona
Tel. 936 022 200
Fax 936 022 249
E-mail: urlsc@sec.url.es
www.url.es*



Universitat Ramon Llull

TESIS DOCTORAL

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport (FPCEE)
Blanquerna

DETECCIÓN PRECOZ EN LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS:

**UNA COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS ENTRE DOS GRUPOS
DIAGNÓSTICOS CLÍNICAMENTE DIFERENCIADOS**

AUTORA

Noemí Morales Lorenzo

DIRECTOR

Dr. Víctor Cabré Segarra

CO-DIRECTOR

Dr. Jorge Luís Tizón García

2013

TESIS DOCTORAL

TÍTULO: Detección precoz en los trastornos psicóticos: Una comparación de las características sociodemográficas y clínicas entre dos grupos diagnósticos clínicamente diferenciados

Doctoranda: Noemí Morales Lorenzo

Director: Víctor Cabré Segarra

Co-director: Jorge Luís Tizón García

**Grup de Recerca de Parella i Família (GRPF)
Departament de Psicologia Clínica
Universitat Ramon Llull**

*En la existencia del hombre
no hay realidad que no sea hija
de su propia alma creadora.*

Franz Werfel

*Això s'està ensorrant. Afanya't i vine.
Et truco d'una cabina,
l'única que funciona a la ciutat.
Deixa-ho córrer tot. Surt de la petxina
i afanya't, que farem tard.*

*Ens hem de desempallegar
dels costums que mantenim i no ens agraden,
dels desamors que hem de purgar,
de les vergonyes amagades
que ni mengem ni deixem menjar.*

*Amb els diplomes i els ressentiments
calar foc al bagul de les disfresses.
Escampar les cendres al vent
i rescatar les infanteses
finades prematurament.*

Això s'està ensorrant (Joan Manel Serrat)

A los pacientes y sus familias que depositan su confianza para ayudarles y a los profesionales de la salud mental que fomentan la integración y motivación de la juventud con capacidad y voluntad de aprender y de crecer.

A aquellas personas con las que he compartido etapas académicas, profesionales y personales, con las que he vivido experiencias gratificantes y complejas, cuyo soporte emocional ha contribuido a solventar los obstáculos para convertirlos en retos.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer la confianza que ha depositado en mí el Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP), por permitirme formar parte de su equipo y colaborar en tareas de investigación, por enseñarme a crecer personal y profesionalmente. En especial, a Jorge Luís Tizón García, co-director de la presente tesis doctoral, por elegirme para ser un miembro más del equipo, y a Jordi Artigue, por apoyarme y ofrecerme su ayuda en todo momento.

En la recogida de datos quiero agradecer la colaboración de los pacientes al dar su consentimiento de datos confidenciales, a pesar de su complejidad psicopatológica, para poder llevar a cabo investigaciones con el fin de conocer más la psicosis incipiente.

A todos los compañeros de Facultad que hemos andado por el mismo camino, a pesar de escoger trayectorias diferentes y, asimismo, a los compañeros del Grup de Recerca de Parella i Família (GRPF) de la Universitat Ramon Llull.

A Manel Salamero por su colaboración en las tareas estadísticas y el enfoque metodológico y a Víctor Cabré, director de la tesis, que siempre me ha ayudado y motivado a avanzar.

Y finalmente, a mi familia, a mi pareja y amigos, que me ha comprendido y ayudado cuando, centrada en este trabajo, he intentado compaginar la vida profesional y personal con la investigación.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 6 |
| 1.1. Detección de la Psicosis Incipiente en Salud Mental..... | 6 |
| 1.2. Justificación del estudio..... | 9 |
| 2. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS..... | 11 |
| 2.1. Detección del funcionamiento psicosocial y clínico de los pacientes con Psicosis Incipiente..... | 11 |
| 2.2. Objetivos..... | 13 |
| 2.3. Estructura de la tesis..... | 15 |
| 3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA..... | 17 |
| 3.1. PSICOSIS..... | 17 |
| 3.1.1. La evolución de la psicosis en los manuales de psicopatología..... | 18 |
| 3.1.2. La evolución de la psicosis en los manuales de psiquiatría: el DSM-IV-TR y el CIE-10..... | 20 |
| 3.1.3. La evolución de la psicosis desde una perspectiva psicodinámica..... | 22 |
| 3.2. PSICOSIS INCIPIENTE..... | 25 |
| 3.2.1. Fase premórbida..... | 28 |
| 3.2.2. Fase prodrómica..... | 30 |
| 3.2.3. Fase del Primer Episodio Psicótico (PEP)..... | 32 |
| 3.2.4. Fase de recuperación tras el Primer Episodio Psicótico (PEP)..... | 33 |
| 3.3. PERFILES DIAGNÓSTICOS EN PSICOSIS INCIPIENTE..... | 37 |
| 3.3.1. Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR)..... | 37 |

| | | |
|---------------|--|-----------|
| 3.3.2. | Primer Episodio Psicótico (PEP)..... | 43 |
| 3.4. | FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL Y PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LA CALIDAD DE VIDA..... | 48 |
| 3.5. | TENDENCIAS DE DIAGNÓSTICO EN LAS ETAPAS DEL DESARROLLO EVOLUTIVO..... | 55 |
| 3.5.1. | En la primera infancia (hasta los 6 años de edad)..... | 56 |
| 3.5.2. | En la segunda infancia (6-12 años de edad)..... | 58 |
| 3.5.3. | En la adolescencia..... | 59 |
| 3.5.4. | En la edad adulta..... | 62 |
| 3.6. | MEDIDAS PREVENTIVAS EN PSICOSIS..... | 64 |
| 3.6.1. | Prevención y Atención Precoz a la psicosis..... | 64 |
| 3.6.2. | Niveles de prevención en psicosis..... | 69 |
| 3.6.3. | Atención Primaria de salud..... | 71 |
| 3.6.4. | Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP)..... | 78 |
| 4. | FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA..... | 85 |
| 4.1. | Diseño..... | 85 |
| 4.2. | Ámbito de estudio..... | 85 |
| 4.3. | Marco de trabajo..... | 88 |
| 4.4. | Mi participación en el Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis..... | 89 |
| 4.5. | Material y métodos..... | 90 |
| 4.6. | Muestra..... | 94 |
| 4.7. | Procedimiento y recogida de datos..... | 95 |
| 4.7.1. | Registro de datos..... | 96 |
| 4.7.2. | Variables de estudio..... | 98 |
| 4.7.3. | Heteroaplicación de los cuestionarios..... | 99 |
| 4.8. | Objetivos..... | 99 |
| 4.8.1. | Objetivos generales..... | 99 |

| | |
|--|------------|
| 4.8.2. Objetivos específicos..... | 100 |
| 4.9. Preguntas de trabajo..... | 100 |
| 4.10. Análisis estadístico..... | 101 |
| 5. ANÁLISIS Y RESULTADOS..... | 103 |
| 5.1. Descripción de la muestra..... | 103 |
| 5.1.1. Características sociodemográficas de la muestra..... | 103 |
| 5.1.2. Características clínicas de la muestra..... | 107 |
| 5.1.3. Diagnóstico clínico de EMAR y PEP..... | 108 |
| 5.2. Descripción de la muestra de pacientes diagnosticados de Estado Mental de Alto Riesgo..... | 111 |
| 5.3. Descripción de la muestra de pacientes diagnosticados de Primer Episodio Psicótico..... | 113 |
| 6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS..... | 116 |
| 6.1. Descripción de la muestra..... | 116 |
| 6.2. Diferencias entre los perfiles diagnósticos de EMAR y PEP..... | 117 |
| 6.2.1. Características sociodemográficas..... | 117 |
| 6.2.2. Características clínicas..... | 119 |
| 6.3. Síntesis..... | 126 |
| 7. IMPLICACIONES CLÍNICAS..... | 129 |
| 8. CONCLUSIONES..... | 131 |
| 8.1. Conclusiones del estudio..... | 131 |
| 8.2. Limitaciones del estudio..... | 133 |
| 8.3. Futuras investigaciones..... | 135 |
| 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 137 |
| ANEXOS..... | 161 |

“Los hombres, no obstante se les hace imposible existir en el aislamiento, sienten como un peso intolerable los sacrificios que la civilización les impone para hacer posible la vida en común”
(Sigmund Freud, 1927).

1.INTRODUCCIÓN

1.1. Detección de la Psicosis Incipiente en Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) insiste en la importancia de proteger la Salud Mental (SM), especialmente en tiempos de crisis económica. En el informe redactado el año 2011, titulado “*Impact of economic crises on mental health*” (OMS, 2011), promueve la toma de conciencia respecto la importancia de intervenir en SM y, asimismo, propone planes de acción para mitigar los efectos de la situación económica actual sobre los problemas de SM de la población.

La relación entre crisis económica y SM es, sin embargo, bidireccional, debido a que no sólo la crisis afecta de manera negativa a salud, incluida la mental, sino que también los mismos problemas de SM repercute en el desarrollo económico de los países. Concretamente, sabemos que supone un gasto económico del orden del 3 al 4% del Producto Interior Bruto (PIB) de un país, (OMS, 2011). Por esos motivos, en el mencionado informe se insiste en la necesidad de proteger la SM de las personas, principalmente en este momento de crisis económica. Todas las medidas propuestas, enfocadas hacia la mejora del acceso a los servicios de SM y los programas activos del mercado de trabajo, contemplan la importancia de los programas de intervención psicológica.

Otro aspecto que se destaca en él, es la propuesta dedicada a la intervención con las personas que presentan un elevado riesgo de padecer problemas de

SM y que son atendidas por los servicios de Atención Primaria (AP). Se señala la necesidad de una mejora en la formación de los profesionales sanitarios que trabajan en estos servicios para poder detectar problemas de SM, ideación suicida y abuso de alcohol. De la misma manera, consideran conveniente reestructurar los servicios de AP para que puedan ajustarse a las necesidades reales de los usuarios.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), la calidad en la AP facilitaría el acceso al tratamiento de los pacientes y, asimismo, supondría una detección y atención precoz de los trastornos mentales.

Concretamente en Cataluña, hemos sufrido – y desgraciadamente aún estamos sufriendo – el cierre de centros sanitarios, de camas, de plantas y de quirófanos, las medidas dirigidas a reducir los ingresos y a anticipar las altas, la supresión de pruebas diagnósticas y de programas especializados, así como también la reducción del personal contratado, entre otras afectaciones. Un ejemplo de cierre de centro sanitario, perteneciente al Insitut Català de la Salut (ICS), fue el Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP) de Barcelona.

En el ámbito de las psicosis, es importante señalar el factor de riesgo para padecer un trastorno psicótico, concepto estudiado y fomentado. Es un constructo que engloba diferentes acontecimientos vitales que nos alertan de una posible patología, especialmente si se acumulan a lo largo del tiempo, por lo que conlleva una probabilidad elevada respecto a la población general de padecer un trastorno mental. (Amigó et al., 1999, Tizón et al., 2008). Asimismo, se postula que el factor de riesgo integra dos tipos de variables; las individuales y las contextuales y que existen diversos modelos explicativos, como el de estrés-vulnerabilidad, el modelo traumagénico del desarrollo, el modelo del apego y el modelo psicoanalítico. Todos los modelos tienen como elemento común que las exposiciones continuas de estresores incrementan la respuesta a estresores menos intensos de la vida cotidiana, denominado efecto acumulativo o sensibilización conductual. En concreto, en los trastornos psicóticos se señala que, las variables contextuales mantenidas en el tiempo

son las responsables de los síntomas psicóticos, denominado trayectorias del desarrollo alteradas (Bentall y Fernyhough, 2008).

El Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP) fue creado en el año 2005 y dedicado exclusivamente a la detección precoz y tratamiento de la psicosis, con el fin de captar y facilitar el acceso al sistema sanitario de aquellas personas que, por ejemplo, permanecían inaccesibles hasta que no eran diagnosticadas en un servicio de urgencias de un hospital general. Estas personas que permanecen “ocultas” para el sistema sanitario hasta que no presentan síntomas claros de un trastorno psicótico, son las que presentan un riesgo más elevado de sufrir el trastorno. En la literatura internacional se discute respecto a su delimitación y conceptualización (Vallina, Lemos y Fernández, 2006; Yung, 2006). Así, como estrategia para identificar a esas personas que llevan experimentando síntomas y conflictos específicos de un trastorno psicótico sin llegar a desarrollarlo pero con mayor riesgo de evolución hacia el mismo, se utiliza el término Ultra High Risk (UHR). En nuestro país, se ha propuesto el término EMAR (Estado Mental de Alto Riesgo), pero aún no queda claro si este término debe englobar exactamente los mismos criterios.

El EAPPP, pues, trabajaba con el objetivo de prevenir, detectar y atender precozmente a las primeras manifestaciones de un posible trastorno de tipo psicótico, que engloban los EMAR y a los síndromes prodrómicos de los Primeros Episodios Psicóticos (PEP) y, asimismo, de reducir el sufrimiento mental individual, familiar y social que comportan estos trastornos.

Actualmente sabemos que, antes de un primer contacto con los servicios de Salud Mental (SM), las personas que sufren un trastorno psicótico llevan tiempo sufriendo y emitiendo síntomas; periodo que oscila entre meses y/o años, dependiendo del caso. No obstante, en realidad hay una falta de información sobre cómo viven las personas en las fases tempranas del trastorno (fase prodrómica), antes de un primer ingreso o del contacto con las redes de Salud Mental (SM). Aun así, lo que sí sabemos es que el deterioro

funcional psicosocial empieza en estas primeras etapas (González-Ortega et al., 2011).

A pesar de la importancia en la detección de pródromos, debemos tener presente que es una tarea complicada debido a la misma complejidad de los trastornos psicóticos, ya que los síndromes prodrómicos se solapan fácilmente con los de otros trastornos, como por ejemplo la depresión mayor, el trastorno bipolar, algunos trastornos de personalidad y los trastornos generalizados del desarrollo, sobre todo el autismo. Por ese motivo, detectar de manera preventiva y prospectiva una fase prodrómica con profesionales cualificados puede contribuir a la reducción de las dificultades de concentración, el estado de ánimo depresivo, el retraimiento emocional y la desconfianza, entre otros. Así, la detección temprana de un trastorno psicótico permite disminuir el riesgo de aparición de psicosis y, en consecuencia, reducir el deterioro funcional y social que conlleva (Häfner y Maurer, 2006).

1.2. Justificación del estudio

En la actualidad, se sabe que la limitación exclusiva al trastorno psicótico, centrado sólo en los síntomas, no tiene en cuenta la fase prodrómica pre-psicótica, habitualmente muy prolongada, acompañada en ocasiones de alteraciones cognitivas y funcionales, con un claro deterioro en las relaciones sociales. Por ese motivo, muchos de los pacientes que padecen síntomas graves van perdiendo progresivamente su calidad de vida en la fase prodrómica, ya que no conciben un tratamiento precoz (Mingote et al., 2007).

Nuestro objetivo y aportación con este estudio es detectar la percepción subjetiva del funcionamiento psicosocial de pacientes que se visitaban en el EAPPP y que presentan Psicosis Incipiente (PI), bien una sintomatología psicótica específica como un Primer Episodio Psicótico (PEP) o bien un Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR).

El Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP), fue un equipo con una larga trayectoria en investigación en PI. Se han realizado y publicado investigaciones sobre la observación de bebés en una unidad funcional de atención a la Salud Mental (SM) de la primera infancia (Tizón, Artigue, Gomà, Parra y Marzari, 2004) sobre hijos de pacientes psicóticos (proyecto SASPE, de Tizón et al., 2006), referente a los trastornos esquizofrénicos en la Atención Primaria (AP) a la Salud Mental (SM) (Tizón et al., 2007) y sobre los Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR), de Quijada, Tizón, Artigue y Parra (2010), entre otras publicaciones. Durante mi periodo de participación en el EAPPP, en 2010 colaboré en la presentación de un póster en las Jornadas del XV Curso Anual de Esquizofrenia en Madrid (Tizón, Artigue, Quijada, Gassó y Morales, 2010) y hasta el cierre del centro en 2011 contribuí a la corrección de artículos de investigación y la publicación de un artículo (Tizón et al., 2013), y realicé una exposición interna sobre el enfoque de investigación del presente estudio y en las Jornadas Baetulae de Badalona (2012), cuya publicación del contenido se efectuó a finales de 2012 (Morales, Tizón, Cabré y Artigue, 2012).

Así, partiendo de la base de que el EAPPP es un equipo con una amplia trayectoria en el estudio de la Psicosis Incipiente (PI), enfocamos la línea de investigación en este estudio al preguntarnos: ¿cómo viven de manera subjetiva su experiencia los pacientes con PI, sin hospitalizar, a pesar de no presentar una clara sintomatología? y ¿es posible detectar un sujeto en riesgo de padecer psicosis antes de que tenga un contacto directo con los servicios de la red de Salud Mental (SM)?

De este modo, este estudio favorece el conocimiento de la propia vivencia de pacientes con un elevado riesgo de padecer psicosis y, además, el conocimiento de su perfil diagnóstico, lo que podrá ayudar a los profesionales de Atención Primaria (AP) a detectar aspectos disfuncionales de pacientes que, a pesar de no presentar una sintomatología psicótica específica, son sujetos de riesgo. La experiencia personal y la derivada aportación de un conocimiento directo con pacientes no hospitalizados y en riesgo de padecer psicosis, ya conlleva, en sí misma, una finalidad terapéutica en SM.

“Una *detección* da muchas puertas, y un seguimiento *cercano* de grupos similares seleccionados que están en riesgo de desarrollar una psicosis, minimizaría los índices de falsos positivos”
(Bell, 1992).

2. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

2.1. Detección del funcionamiento psicosocial y clínico de los pacientes con Psicosis Incipiente

¿Pueden tener la misma percepción subjetiva de su propio funcionamiento psicosocial dos sujetos en riesgo de padecer un trastorno psicótico, pero con diferencias en cuanto a sintomatología?

En el caso de los Primeros Episodios Psicóticos (PEP), se ha descrito en numerosos estudios un importante deterioro en el funcionamiento psicosocial (González-Ortega et al., 2011). Además, las dificultades observadas en la funcionalidad a largo plazo, sugieren que el deterioro funcional no se limita a episodios agudos, es decir, que los pacientes pueden mostrar deterioro funcional pese a la recuperación sintomática (Vargas, Jimeno-Bulnes y Jimeno-Valdés, 1995; Novak-Grubic y Tavcar, 2002; Tizón et al., 2008). Estos resultados reflejan la importancia de evaluar el funcionamiento psicosocial en los PEP, donde el deterioro psicosocial persiste durante el seguimiento a corto plazo puede ser un precursor de la cronicidad o la resistencia al tratamiento a largo plazo (Novak-Grubic y Tavcar, 2002).

El diagnóstico temprano podría permitir que muchas personas en riesgo de padecer psicosis pudieran beneficiarse del tratamiento temprano. Sin embargo, se sabe que cabe la posibilidad de una discriminación diagnóstica respecto a otras enfermedades, dando lugar a los denominados falsos positivos. Así, ante esta cuestión, una posible solución es conocer más directamente los síntomas prematuros y los factores de riesgo premórbidos. (Häfner y Maurer, 2006).

De este modo, sabemos que, por ejemplo, la distinción entre una psicosis y un trastorno del estado de ánimo no es posible hasta que aparecen los síntomas positivos, pero sin embargo se sabe que la investigación temprana es necesaria porque en ambos trastornos la alteración funcional produce graves consecuencias sociales (Häfner et al., 1998).

Estas fases constituyen el período denominado “psicosis no tratada”, en inglés Duration of Untreated Psychosis (DUP) (Mc Gorry, Edwards, Mihalopoulos, Harrigan y Jackson, 1996; Häfner y Der Heiden, 1997; Mc Glashan, 1999; Johanessen, Larsen, McGlashan y Vaglum, 2000; Edwards y McGorry, 2004; Johanessen, 2004). Así, se postula que períodos de psicosis no tratados más prolongados se asocian a un curso del trastorno más desfavorable (Marshall et al., 2005), con el consecuente aumento de los costes que la psicosis genera (McGorry et al., 1996), incluyendo, factiblemente, los costes económicos totales del trastorno (Mangalore y Knapp, 2006).

Investigaciones realizadas por el equipo se corroboró que la mayor parte de las personas que sufren un trastorno psicótico se visitan en los dispositivos comunitarios de salud y de Salud Mental (SM) si estos se hacen accesibles (Tizón et al., 2007), modelo denominado Atención Primaria a la Salud Mental (Tizón, SanJosé y Nadal, 1999). También se mostró, a través de una investigación de base poblacional, cómo el trastorno esquizofrénico y los trastornos psicóticos no afectivos están fuertemente influenciados por los factores psicosociales. (Tizón et al., 2010)

El trastorno psicótico resulta difícil detectar y tratar cuando solamente han aparecido algunos síntomas en positivo. Es decir, la presencia activa de delirios y alucinaciones no tiene por qué alterar los comportamientos externos aunque los procesos internos de pensamiento lo estén. Así, son las personas cercanas las que detectan estas situaciones. Sin embargo, son pocas las personas que reconocen que les está sucediendo pensamientos extraños a ellos mismos, ya que conservan su capacidad de autoconocimiento. Por ese motivo, no acostumbran a consultar. (Artigue y Tizón, 2012).

Por otro lado, los pacientes que son claramente sintomáticos y/o que necesitan algún tipo de ayuda, incluso aquellos que no reúnan los criterios diagnósticos de esquizofrenia, se sabe que serán susceptibles de otros diagnósticos de Salud Mental (SM) (Yung, 2007).

2.2. Objetivos

En este estudio, detallaremos los conceptos que engloban el término de Psicosis Incipiente (PI): Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR), Primer Episodio Psicótico (PEP), Psicosis y calidad de vida y funcionamiento psicosocial, términos básicos para la detección de las primeras manifestaciones de un posible trastorno psicótico. Así, la finalidad y objetivo de este estudio es adquirir más información sobre cómo viven las personas que presentan una fase prodrómica (EMAR), en comparación con las que presentan un PEP.

Tendremos presente que la mencionada fase prodrómica antes de un PEP, va acompañada de un deterioro progresivo a nivel biopsicosocial y de la calidad de vida, así como también que hay una falta de información sobre cómo viven estas personas antes de un primer ingreso o contacto con las redes de Salud Mental (SM) y, además, insistiremos en la importancia, señalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre la necesidad de proteger la SM de las personas.

Esta finalidad se desglosa en los objetivos generales siguientes:

1. Evaluar la percepción subjetiva de la calidad de vida de los pacientes según presenten un EMAR o un PEP. La descripción de las características de los EMAR, susceptibles de convertirse en un PEP, es el primer paso para la prevención primaria y secundaria efectuada en los servicios de nuestro sistema sociosanitario. Sólo de esta manera se pueden poner en red medios, herramientas y sistemas fiables para detectarlo de manera precoz y

así ayudar a estos pacientes y a los grupos de personas que conviven con ellos, desde los primeros momentos, desde los estados de riesgo (Mc Glashan, 1999; Larsen, 2006; Yung, 2006). Para los profesionales que trabajan en contacto estrecho con estos pacientes y sus familiares, una primera preocupación es la de clarificar cómo, todos juntos, conviven y soportan un trastorno tan grave y doloroso.

En especial, conocer cómo y desde cuándo empezó el trastorno y cuáles fueron sus síntomas y calidad de vida, así como también sus percepciones, cogniciones, conflictos y capacidades de contención y de resiliencia con la finalidad de poder desarrollar futuras estrategias de intervención que permitan abordar estos síntomas para así reducir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida del paciente.

2. Evaluar las condiciones psicosociales de los pacientes según presenten un EMAR o un PEP. Se estudiarán las variables psicosociales para conocer más detalladamente la muestra y las posibles diferencias o semejanzas entre los grupos diagnósticos de EMAR y PEP.
3. Por otro lado, a raíz del solapamiento de los síndromes prodrómicos con otros trastornos, en este estudio también se propone conocer más a los sujetos con un Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR), por lo que se detallará el diagnóstico según los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud, 1994) de cada paciente, según presente un EMAR o un Primer Episodio de Psicosis (PEP).

2.3. Estructura de la tesis

En cuanto a la estructura de la tesis, la fundamentación teórica de la misma está organizada en tres bloques:

1. Psicosis: en el que se explica la evolución del término *psicosis* en los manuales de psicopatología; en los manuales de psiquiatría y desde una perspectiva psicodinámica.
2. Psicosis Incipiente (PI): se detallan las fases de la PI; la fase premórbida; la fase prodrómica; la fase del Primer Episodio Psicótico (PEP) y la fase de recuperación tras el PEP.
3. Perfiles diagnósticos en Psicosis Incipiente (PI): se detalla y amplía el término de Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) y de Primer Episodio Psicótico (PEP).
4. Funcionamiento psicosocial y percepción subjetiva de la calidad de vida: se describe el funcionamiento psicosocial y percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con Psicosis Incipiente (PI) y pacientes diagnosticados de trastorno psicótico.
5. Tendencias de diagnóstico en las etapas del desarrollo evolutivo: se explican los trastornos mentales de riesgo en la etapa de la primera infancia (hasta los 6 años de edad); en la segunda infancia (6-12 años de edad); en la adolescencia y en la edad adulta.
6. Medidas preventivas en psicosis: en psicosis es importante la detección precoz, por lo que se detalla la prevención y la Atención Precoz a la psicosis; los niveles de prevención en psicosis; se explica la importancia de la Atención Primaria (AP) y, finalmente, se concretan las funciones desarrolladas por el Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP).

En referencia a la fundamentación metodológica, se detalla el diseño del estudio realizado, el ámbito y marco de trabajo, mi participación en el EAPPP, así como también el material y métodos utilizados, la muestra del estudio, el procedimiento y recogida de datos. Del mismo modo, se detallan los objetivos formulados, las preguntas de trabajo y el análisis estadístico.

Consecutivamente, se exponen el análisis y los resultados del estudio, caracterizado por una descripción sociodemográfica y clínica de la muestra; la discusión de los resultados, relacionados con investigaciones previas; se describen las implicaciones clínicas y, por último, se detallan las conclusiones del estudio, sus limitaciones y la propuesta de futuras investigaciones. Finalmente, se citan las referencias bibliográficas utilizadas para la realización del estudio y los anexos.

3.FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

En este apartado se va a exponer, en primer lugar, una revisión del concepto de psicosis desde diferentes perspectivas. En segundo lugar, se detallará la definición de Psicosis Incipiente (PI). Seguidamente, se especificarán los perfiles diagnósticos de Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) y de Primer Episodio Psicótico (PEP), así como también el funcionamiento psicosocial, las tendencias de diagnóstico de estos perfiles y, finalmente, las medidas preventivas en psicosis.

3.1. PSICOSIS

“En la psicosis, el deterioro de la función mental ha llegado a un grado que interfiere con la introspección y la capacidad para afrontar algunas demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad” (OMS)

En este apartado, hacemos una introducción del concepto de psicosis, desde su concepción en los manuales de psicopatología, en los manuales de psiquiatría, como en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) y CIE-10 y, asimismo, desde una perspectiva psicoanalítica y psicodinámica, siguiendo los criterios ideológicos y metodológicos del Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP) y a la literatura usada en el mismo ámbito clínico.

3.1.1. La evolución de la psicosis en los manuales de psicopatología (Jarne y Talarn, 2005)

A finales del siglo XIX y gran parte del XX, la psicopatología estuvo marcada por la división diagnóstica de los trastornos mentales en dos grandes grupos; la psicosis y la neurosis. Ambas categorías parecían totalmente opuestas tanto en su expresión sintomatológica y clínica como también en los métodos, técnicas de tratamiento y circuitos asistenciales; basados en los manicomios y atención psiquiátrica todo aquello referente a la psicosis y, la neurosis, relacionada con aquello ambulatorio y psicológico.

Desde una perspectiva fenomenológica, en la década de los años treinta se definió la psicosis como la pérdida del contacto con la realidad debido a la dificultad observada de los pacientes para diferenciar entre el mundo interno (pensamientos, sentimientos, etc.) y la realidad externa, confundiendo ambos en lo simbólico, en conducta y en funcionamiento cotidiano. En el manual de psicopatología utilizado como referencia, muestra el planteamiento de si esta tendencia de nivel máximo de distorsión entre el mundo interno y la realidad objetiva del paciente pueda ser motivo de la tendencia de identificar la psicosis con la presencia de delirios y alucinaciones. Cabe destacar que el mundo interno propio del paciente a veces no concuerda con la percepción del clínico, en cuanto a la propia vivencia de la enfermedad. De este modo, es común en la práctica de la psicología clínica esta diferencia perceptiva con pacientes psicóticos.

Tradicionalmente, también se ha señalado la falta de conciencia de enfermedad en sujetos psicóticos, pero sin embargo no existe claridad del término, ya que hay pacientes que tienen una buena percepción de la extrañeza de sus pensamientos y percepciones del ambiente, pero no son capaces de establecer la falsedad de los mismos. A veces, este aspecto conduce a que se confunda con la poca predisposición de los pacientes a involucrarse de manera voluntaria en un tratamiento.

Otro punto importante es la valoración de la psicosis, ya que a veces queda determinada por los graves trastornos de conducta a los que va asociado. Por ejemplo, llama la atención pautas sociales relativamente primarias de comportamiento, como gritar o hablar solo por la calle, lo que supone un deterioro en la calidad de vida.

En la década de los setenta, a raíz de las clasificaciones del DSM-IV-TR y CIE-10, se rompió la gran división existente hasta el momento. Se diferenciaron los trastornos de la afectividad, acogiendo cuadros antes considerados psicóticos (psicosis maníaco-depresivas/trastorno bipolar) o neuróticos (neurosis depresiva/trastorno distímico), se individualizaron otros cuadros psicopatológicos de difícil cabida en clasificaciones anteriores, como los trastornos del sueño o del control de impulsos, y se rompió el concepto unitario de neurosis, separada en trastornos de ansiedad, disociativos y somatomorfos.

Como sucede en casi todos los trastornos psicopatológicos, carecemos de marcadores biológicos y/o psicológicos sensibles y fiables para definir y caracterizar objetivamente la psicosis, por lo que está definida de forma descriptiva por la presencia de una serie de síntomas muy poco específicos. Sin embargo, la categorización de la psicosis alcanza valores altos de fiabilidad diagnóstica, aunque la fiabilidad desciende cuando se pormenorizan subtipos de psicosis (esquizofrenia, paranoia, etc.). Por ese motivo, se postula esta razón como motivo de que en los sistemas actuales de clasificación diagnóstica se mantengan criterios estrictamente descriptivos. Así, tanto en el CIE-10 y en el DSM-IV-TR, se mantiene la descripción del término por la presencia de síntomas determinados y característicos de la psicosis.

No obstante, el interés de la práctica de la psicología clínica se centra en las denominadas psicosis funcionales. Su definición permanece a la alteración en el funcionamiento del psiquismo del individuo. En general, es una mención al hecho de que no existen todavía datos suficientes ni suficientemente contrastados como para disponer de una hipótesis concreta respecto al origen orgánico y la etiología específica de la psicosis. Su definición, por lo tanto, se

mantiene a un nivel de descripción de las alteraciones mentales y conductuales evidenciables de los sujetos con psicosis.

3.1.2. La evolución de la psicosis en los manuales de psiquiatría: el DSM-IV-TR y el CIE-10

Como sucede en casi todos los trastornos psicopatológicos, carecemos de marcadores biológicos y/o psicológicos sensibles y fiables para poder determinar y caracterizar objetivamente la psicosis, por lo que descriptivamente está definida por la presencia de síntomas muy poco específicos. En los manuales de psiquiatría, tales como el CIE-10 y el DSM-IV-TR, mantienen el concepto de psicosis para indicar la presencia de alucinaciones, de ideas delirantes o de un número limitado de comportamientos claramente anormales, como la excitación o hiperactividad, aislamiento social grave y prolongado no debido a la depresión o ansiedad, una marcada inhibición psicomotriz y manifestaciones catatónicas. Por lo tanto, en ambos manuales se engloban la esquizofrenia y los trastornos psicóticos debido a los síntomas psicóticos que presentan en común.

La definición más restrictiva del término *psicótico* se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, presentándose en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica. Del mismo modo, en manuales como el CIE-10 y el DSM-IV-TR, se consideran las definiciones utilizadas en anteriores clasificaciones demasiado amplias, debido a que se centraban en la gravedad funcional, de forma que un trastorno mental psicótico se consideraba que ocasionaba en la capacidad para responder a las demandas cotidianas de la vida, promoviendo así, un deterioro funcional de la persona.

Actualmente, en el DSM-IV-TR, en la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno psicótico breve, el término *psicótico* se refiere a las ideas delirantes, a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o

catatónico. En el trastorno psicótico debido a una enfermedad médica y en el trastorno psicótico inducido por sustancias, *psicótico* se refiere a las ideas delirantes o únicamente a aquellas alucinaciones en las que no hay conciencia de patología. Y, finalmente, en el trastorno delirante y en el trastorno psicótico compartido, el término *psicótico* es equivalente a delirante.

Referente a la esquizofrenia, la mayoría de estudios sugieren que su curso es variable, con exacerbaciones y remisiones en algunos sujetos, mientras que otros persisten crónicamente enfermos. Del mismo modo, algunos sujetos parecen tener un curso estable, mientras que otros presentan un deterioro progresivo, asociado a una incapacidad grave.

En cuanto a un patrón familiar, se sabe que los familiares biológicos de primer grado de los sujetos con esquizofrenia presentan un riesgo de padecer el trastorno diez veces superior al de la población general.

Los criterios diagnósticos del CIE-10 y el DSM-IV-TR, son similares en muchos aspectos, pero no idénticos. Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 proponen dos caminos distintos para llegar a cumplir los criterios diagnósticos de la esquizofrenia: la existencia de un síntoma de Schneider de primer rango o delirios extraños, o presencia de al menos dos de los otros síntomas característicos (alucinaciones acompañadas de delirios, trastorno del pensamiento, síntomas catatónicos y síntomas negativos). La definición de esquizofrenia de la CIE-10 tan sólo exige una duración de los síntomas de 1 mes, abarcando de esta forma las categorías diagnósticas del DSM-IV-TR de esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme. Además, la definición de la CIE-10 no requiere afectación de la actividad del individuo.

Para los psiquiatras de orientación psicodinámica, se reconoce la causa orgánica de la neurosis y la psicosis, pero además se plantea cómo se llega a ser neurótico o psicótico. Como se ha mencionado en el apartado anterior, no existen todavía datos suficientes ni suficientemente contrastados como para disponer de una hipótesis concreta respecto al origen orgánico y la etiología específica de la psicosis. Así, la perspectiva psicoanalítica o psicodinámica no

sólo se centra en su evolución, sino que trata de hallar sus raíces. El psicoanálisis se convierte en la indagación de las funciones mentales en el contexto de la relación humana desde las primeras relaciones del niño con su madre a partir del nacimiento o incluso antes.

3.1.3. La evolución de la psicosis desde una perspectiva psicodinámica (Hernández, 2008)

Desde la perspectiva psicodinámica, la psicosis es la aparición manifiesta de un funcionamiento mental arcaico persistente en todo tipo de personalidad que, cuando resurge en forma consciente, puede parecer incomprensible por su carácter arcaico y primitivo, lo que hace extraño el comportamiento mental consciente y relacional.

Se plantea, así, la existencia de funcionamientos mentales que en condiciones normales estarían equilibrados o inhibidos, pero que pueden observarse en situaciones primitivas (primera infancia, pueblos primitivos o regresiones psicóticas) y en situaciones de sufrimiento mental en las que se produce un estado de regresión y, asimismo, en los sueños, por su alejamiento de la realidad. Es decir, se postula un núcleo psicótico de la personalidad que, en condiciones normales resta asilado, pero que, cuando se activa, repercute en la conducta mental del sujeto (en las funciones de querer, percibir, sentir y actuar) y modifica la vida afectiva y relacional.

Se defiende un funcionamiento mental que no corresponde al nivel madurativo del *self* (o de sí mismo), que perturba el criterio de la realidad del sujeto en cuanto a su captación y a situarla en un contexto material, emocional, relacional y social dotándola de significado. De esta manera, el funcionamiento psicótico se manifiesta de forma directa o indirecta observable a través de pensamientos, juicios o conductas sintomáticas que revelan un carácter de funcionamiento mental primitivo.

Así, los modelos psicoanalítico y psicodinámico proponen el concepto de *self* (o de sí mismo) y de objetos internos y plantean el concepto de psicosis como un trastorno global de la persona. Hoy en día se sustenta que el sentimiento de identidad, de coherencia e integridad personal, parece estar amenazados en el proceso psicótico. De esa manera, el psicótico convierte su relación con el mundo real en una relación consigo mismo, en una relación narcisista en la que se borran diferencias con objetos externos y se adquiere un poder mágico sobre ellos. La desconexión es aparente y relativa, ya que la existencia de los objetos externos es negada por el psicótico, o sólo reconocida en función de la relación que tenga con sí mismo y sus objetos internos. Precisamente, en la psicosis, el mundo interno del sujeto invade al externo y lo reemplaza.

En el desarrollo normal es importante el papel del objeto intermediario que tiene la función de vincular los objetos internos que forman parte de uno mismo con los externos que contribuyen al sentimiento de identidad, coherencia e integridad, es decir, a la construcción del *self*. Por ese motivo, el papel fundamental de la institución para un paciente psicótico, sobre todo en las fases iniciales del trastorno, es ofrecerle un objeto de transición para ayudarlo a reintegrarse en el momento en que se sienten las primeras ansiedades psicóticas de desintegración y de pérdida de la coherencia o la identidad.

Además, desde una perspectiva dinámica, se postula que el sufrimiento mental siempre es relacional, por lo que las medidas asistenciales para su alivio deberían ser siempre relacionales y fundamentarse en la comprensión de dichos fenómenos relacionales. Sin embargo, desde la perspectiva de la psicopatología o la científica es posible hablar de psicosis como una entidad abstracta, pero en la práctica clínica no hay psicosis, sino psicóticos; conductas, personas y síntomas calificados como tal. En ese sentido, la perspectiva psicoanalítica o dinámica señala que *psicótico* es una cualidad, pero hoy en día sabemos que hay síntomas que poseen por sí mismos cualidad de psicóticos, como los delirios y alucinaciones, que no siempre se pueden clasificar como síntomas psicóticos si se entiende por psicótico el indicador de la existencia de una estructura mental psicótica, sin aislarlo de su contexto humano y relacional.

Sabemos, también, que la presencia de un delirio o una alucinación puede ser indicativa de un trastorno psicótico, pero también puede ser pasajero y reactivo que lo explique sin necesidad de recurrir a un diagnóstico estructural de psicosis, como ocurre en ciertos tipos de intoxicación por drogas, en situaciones de sufrimiento y estrés intensos o incluso en estados pasionales transitorios.

Cuando las experiencias relacionales y emocionales de un sujeto adquieren un significado que las asocia al significado del núcleo psicótico, se produce la activación de dicho núcleo y aparece la situación clínica de estado psicótico manifiesto. Se habla, así, de personalidades psicóticas o prepsicóticas que, debido a las experiencias que activan el núcleo, nutren la clínica hospitalaria de síndromes psicóticos o borderline. Mismamente, a la predisposición biológica, se le suma la predisposición emocional relacionada con la experiencia y, la suma de ambas, conforman una predisposición que contienen por sí mismas la tendencia hacia una u otra formas básicas de sufrimiento psicopatológico.

3.2. PSICOSIS INCIPIENTE (PI)

La International Early Psychosis Association (IEPA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el abordaje precoz y preventivo en psicosis.

Al considerar la historia natural y el curso de la esquizofrenia, no se puede ignorar la investigación producida en las últimas décadas que postula el establecimiento secuencial de la psicosis desde los momentos prodrómicos hasta las diferentes fases del trastorno (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

Así, se diferencian dos etapas en la evolución de los trastornos psicóticos:

- ✚ **Etapa 1:** Fases precoces de las psicosis (Psicosis Incipiente)
- ✚ **Etapa 2:** Fases del trastorno de la esquizofrenia

Las fases precoces de la psicosis engloban el término de Psicosis Incipiente (PI). De esta manera, se desplaza el foco de atención desde la fase estable o residual de los Trastornos Psicóticos (TP) hacia los inicios de los mismos, suponiendo una serie de avances en evaluación, diagnóstico, modalidades terapéuticas y, como consecuencia, la reordenación de los servicios asistenciales (Vallina, Lemos y Fernández, 2003).

Entendemos por TP la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo, la psicosis inducida por tóxicos, la psicosis reactiva breve, las psicosis orgánicas y el trastorno delirante. En la fase de Psicosis Incipiente (PI), los pacientes suelen oscilar entre periodos de ausencia de síntomas, de síntomas inespecíficos y/o de síntomas psicóticos atenuados. Los síntomas reactivos pueden desarrollarse como respuesta a los síntomas psicóticos atenuados y los cambios conductuales como respuesta a cualquiera de los demás síntomas (Álvarez-Segura, Llorente y Arango, 2007).

En las primeras manifestaciones de un TP no hay un acuerdo sobre la predominancia de un síntoma específico, ya que suelen ser distinguibles. Además, se estima que entre un 10-15% de los pacientes en población general experimenta fenómenos psicóticos y hay evidencias de que hay personas que pueden desarrollar síntomas psicóticos después de un suceso traumático, como por ejemplo el abuso. De hecho, destacados investigadores explican que existe una relación estadísticamente significativa entre las adversidades sufridas en la infancia y la psicosis, como por ejemplo el abuso sexual, el maltrato físico, el maltrato psicológico o emocional, la negligencia en los cuidados del menor, la muerte parental y el acoso escolar. Así, sufrir una o varias de estas situaciones está fuertemente relacionado con el riesgo de desarrollar un trastorno psicótico. (Varese et al., 2012).

Asimismo, en la adolescencia también se manifiestan experiencias psicóticas transitorias, no asociadas necesariamente con la presencia de psicopatología o riesgo de padecer psicosis, por lo que se sugiere que el fenotipo psicótico se extiende más allá de las fronteras propuestas por los sistemas clasificatorios internacionales. Estas premisas, concuerdan con lo mencionado en apartados anteriores, acerca de que sabemos que un delirio o una alucinación pueden ser indicativos de un trastorno psicótico, pero también puede ser pasajero y reactivo que lo explique sin necesidad de recurrir a un diagnóstico estructural de psicosis, como ocurre en ciertos tipos de intoxicación por drogas, en situaciones de sufrimiento y estrés intensos o incluso en estados pasionales transitorios (Hernández, 2008).

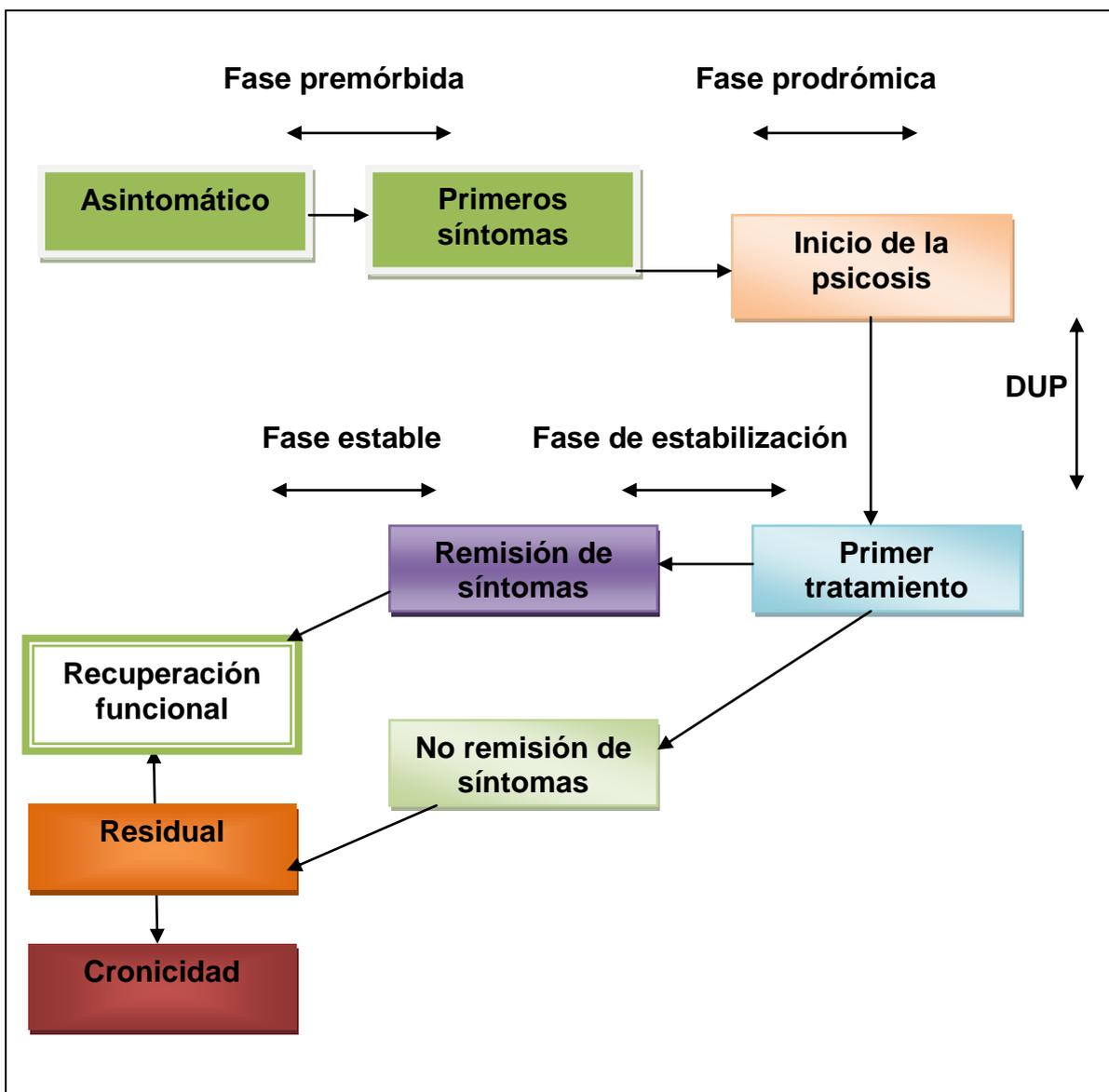
Por ese motivo, distinguir clínicamente un Trastorno Psicótico (TP) en la fase temprana de su desarrollo resulta clínicamente muy complicado. No se puede predecir la evolución diagnóstica del mismo TP debido a estas dificultades, por lo que se utilizan terminologías como el enfoque sindrómico. Del mismo modo, un diagnóstico establecido desde el inicio puede suponer una estigmatización del mismo, dañando al propio paciente y a su familia. Así, se sabe que el diagnóstico de psicosis temprana es inestable y entre el 30-40% de los diagnósticos cambian en tres meses. El pródromo es el periodo de trastorno no

psicótico, en experiencia o conducta, que precede a la aparición de síntomas (Álvarez-Segura, Llorente y Arango, 2007).

En los años noventa se desarrolló un interés creciente por los Primeros Episodios (PE) de los trastornos mentales, lo que supuso trasladar una mayor atención desde los trastornos mentales graves ya establecidos hacia sus fases iniciales. En el terreno de los trastornos psicóticos, se pasó del interés centrado en trastornos como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, entre otros, a una mayor atención por los Primeros Episodios Psicóticos (PEP). Este interés se basaba en la hipótesis de que un abordaje inicial de los trastornos mentales más graves mejoraría su curso clínico y, en consecuencia, su pronóstico. Esta idea se fortalecía, además, por el conocimiento de que entre el inicio del trastorno psicótico y su reconocimiento e intervención terapéutica transcurrían períodos muy largos. Este amplio periodo de tiempo ha sido denominado por los anglosajones como Duration of Untreated Psychosis (DUP) (Mc Gorry et al., 1996; Häfner y Der Heiden, 1997; Mc Glashan, 1999; Johanessen et al., 2000; Mc Gorry, 2000; Edwards y Mc Gorry, 2004; Johanessen, 2004). Por consiguiente, se incrementó progresivamente el interés hacia las manifestaciones prodrómicas de los trastornos psicóticos, dando lugar a terminologías como síndromes prodrómicos o Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR). De este modo, al considerar la historia natural y el transcurso de la esquizofrenia u otras psicosis, no se puede ignorar toda la investigación producida en las últimas décadas, que permite establecer una secuencia desde los momentos prodrómicos hasta el establecimiento del diagnóstico y su evolución posterior.

En la Psicosis Incipiente (PI), se incluye la fase premórbida, la fase prodrómica, conocida como la fase de los Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR), la fase del Primer Episodio Psicótico (PEP) y la fase de recuperación tras el Primer Episodio Psicótico (PEP). (Ver figura 1).

Figura 1 – Desarrollo de un trastorno psicótico



3.2.1. Fase premórbida

La fase premórbida es la etapa anterior al comienzo de los síntomas. El funcionamiento premórbido es uno de los índices con mayor perseverancia como precursor comportamental del inicio de síntomas agudos en la esquizofrenia. Además, en estudios se ha señalado la asociación entre la presencia y gravedad de síntomas premórbidos y un inicio insidioso o gradual, un curso crónico y peor pronóstico de la enfermedad. En cambio, una etapa

premórbida benigna se relaciona con una mayor edad de inicio de un trastorno psicótico, de consumo de neurolépticos y de la primera hospitalización. (Strous, Alvir, Robinson y Sheitman, 2004).

La esquizofrenia que empieza en la infancia y la adolescencia se describe por un pobre funcionamiento premórbido y precoces retrasos del desarrollo, con síntomas negativos más persistentes en la fase prodrómica y síntomas afectivos.

En los niños, la esquizofrenia generalmente empieza de manera insidiosa con un curso clínico que tiende a no remitir y a cronificarse. La mayoría de los niños presentan retraimiento social y aislamiento, problemas del lenguaje, dificultades en el rendimiento y en el desarrollo. Además, suelen presentar una etapa premórbida y una prodrómica, que puede derivar en un trastorno psicótico de manera progresiva. (Medina, Moreno y Arango, 2007).

Por otro lado, cabe señalar que la adolescencia es la edad preferente de aparición de la mayoría de los trastornos mentales, potencialmente crónicos. Así, es en esta etapa donde el clínico debe investigar la dimensión psicopatológica de los síntomas que observa, como también elaborar un diagnóstico y un pronóstico, ya que el inicio de la esquizofrenia se presenta mayoritariamente en esta edad. Por ese motivo, es importante conocer los pródromos de esta enfermedad y los modos de tratamiento y prevención. (Botbol y Speranza, 2004).

3.2.2. Fase prodrómica

El pródromo inicial de la psicosis es visto como la fase prepsicótica más temprana de un trastorno psicótico. Se considera una forma atenuada de psicosis que conforma un factor de riesgo para su desarrollo, especialmente si se combina con otros factores de riesgo propios del mismo trastorno, como por ejemplo antecedentes familiares diagnosticados de psicosis. Durante la fase prodrómica se producen cambios en la sintomatología, lo que supone una inestabilidad diagnóstica. Además, se sabe que los pródromos consisten en una mezcla de los siguientes componentes: (Yung y McGorry, 1996).

1. **Síntomas psicóticos atenuados:** Estudios longitudinales han mostrado que la presencia de experiencias psicóticas atenuadas pueden desarrollar un trastorno psicológico grave. Asimismo, en población general se ha determinado que los sujetos con puntuaciones elevadas en autoinformes que evalúan aspectos como el pensamiento mágico, las aberraciones perceptivas o la ideación delirante, tienen mayor posibilidad de desarrollar un trastorno del espectro esquizofrénico. (Chapman, Chapman, Raulin y Eckblad, 1994; Kwapil, Miller, Zinser, Chapman y Chapman, 1997; Poulton et al., 2000; Hanssen, Bak, Bijl, Vollebergh y van Os, 2005). Sin embargo, también hay sujetos que no evolucionan necesariamente hacia un trastorno psicótico, sino que presentan problemas afectivos o abuso de sustancias. (Verdoux et al., 1998; Dhossche, Ferdinand, Van der Ende, Hofstra y Verhulst, 2002). Asimismo, estudios de riesgo genético en sujetos que presentan síntomas psicóticos atenuados muestran una predisposición hacia trastornos del espectro esquizofrénico. (Mason et al., 2004; Johnstone, Ebmeier, Miller, Owen y Lawrie, 2005; Morrison et al., 2006).

Actualmente se sabe que existe una tendencia de puntuaciones más elevadas de síntomas negativos en los hombres en comparación con las mujeres (Fonseca-Pedrero et al., 2008) y, del mismo modo, los síntomas psicóticos atenuados se asocian una edad más temprana, en la

adolescencia o juventud (Kendler, Gallagher, Abelson y Kessler, 1996; Scott, et al., 2008; van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul y Krabbendam, 2009).

- 2. Síntomas inespecíficos afectivos y neuróticos:** Por ejemplo, pueden presentar miedo, nerviosismo, falta de energía, lentitud, depresión, desconfianza, disminución del rendimiento, retraimiento social, cefaleas y otras molestias somáticas, pérdida de la libido, irritabilidad, ideas de suicidio, comportamiento autoagresivo, ansiedad, dificultades de pensamiento y concentración, síntomas obsesivos y/o compulsivos, entre otras. (Monchablon, Derito y Martínez, 2006).

- 3. Cambios conductuales:** Muestran dificultades importantes en distintas áreas del funcionamiento, tales como la propia autonomía (déficit para manejar las propias decisiones o tareas), las relaciones interpersonales (falta de red social, falta de motivación o interés, etc.), los logros profesionales y académicos (fracaso laboral o académico, expectativas laborales o académicas desajustadas, faltas de hábitos y dificultades de manejo sociolaboral), el ocio (nula utilización del ocio y tiempo libre o inadecuado manejo del ocio), la actividad sexual (aplanamiento afectivo) y el funcionamiento cognitivo (dificultades de atención, percepción, concentración, procesamiento de información, etc.). (González-Ortega et al., 2011).

Yung y McGorry (1996), modifican el término de fase prodrómica por el de Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR), en la que el factor de riesgo inicial precisa de otros para desarrollar psicosis y describe un modelo interactivo que va desde los periodos asintomáticos a los cambios conductuales que conducen a síntomas psicóticos.

Así, de acuerdo con la International Early Psychosis Association (IEPA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), los sujetos en riesgo de desarrollar psicosis, conocidos como “Ultra High-Risk” (UHR) o EMAR, presentan:

- A.** Síntomas positivos subumbral que no son lo suficientemente graves o persistentes para cumplir los criterios de primer episodio, o trastorno psicótico breve según el DSM-IV-TR o CIE-10.
- B.** Historia familiar de trastorno psicótico en familiar de primer grado o trastorno esquizotípico del sujeto, más un declive funcional persistente o significativo dentro del último año (disminución de 30 puntos en la escala Global Functioning Scale, GAF).
- C.** Síntomas psicóticos breves intermitentes y limitados (BLIPS) que no tengan más de una semana de duración y remitan espontáneamente.

Actualmente, se halla la necesidad de disponer de dispositivos que detecten los Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) de psicosis, es decir, a los pacientes que son claramente sintomáticos y necesitan algún tipo de ayuda, incluso aquellos que no reunirán el criterio de diagnóstico de esquizofrenia según los manuales diagnósticos y que serán susceptibles de otros diagnósticos de Salud Mental (SM) (McGlashan et al., 2007).

3.2.3. Fase del Primer Episodio Psicótico (PEP)

La aparición abrupta, por primera vez en la vida, de un episodio de síntomas psicóticos se conoce como Primer Episodio Psicótico (PEP). Actualmente se sabe que la adaptación premórbida del adolescente y la Escala Global del Funcionamiento (GAF) antes y después del PEP en adolescentes y adultos son los mejores predictores del curso de la psicosis. Asimismo, se conoce que en

los tres o cuatro años previos a la aparición del PEP se presentan una serie de síntomas psicológicos poco específicos y/o hay un declive en ciertas áreas del funcionamiento del individuo (pródromos). Un PEP es un cuadro de tipo sindromático que se aclara, en cuanto a un diagnóstico específico, sólo después de seguir la evolución clínica. Un buen porcentaje de los casos reciben, con el tiempo el diagnóstico de esquizofrenia. En cambio para otro grupo de pacientes, el PEP es el único episodio psicótico en su vida y no se acompaña de repercusiones en el funcionamiento psicosocial ni en la calidad de vida. (Johannessen, Martindale y Cullberg, 2006; Olsen y Rosebaum, 2006; McGorry, Killackey y Yung, 2007).

3.2.4. Fase de recuperación tras el Primer Episodio Psicótico (PEP)

Existe una fase altamente vulnerable que abarca de los tres a los cinco años después de presentar un episodio psicótico, denominado período crítico (Birchwood, Todd y Jackson, 1998).

Es en esta etapa donde la vulnerabilidad alcanza su punto máximo y donde los factores personales, sociales y biológicos influyen en la evolución del trastorno. Son comunes las recaídas durante los primeros años posteriores al comienzo del trastorno psicótico y la vulnerabilidad a las recaídas permanece en el 80% de los pacientes (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

En la fase del periodo crítico y de recuperación, los pacientes pueden mejorar y mantenerse en la misma fase del trastorno, incluso presentar una remisión, o pueden evolucionar a formas crónicas de la enfermedad. El nivel de recuperación alcanzado en los dos primeros años puede ser tomado como predictor del funcionamiento 15 años después. Las intervenciones en el periodo crítico deben centrarse en los síntomas, pero también deben estar dirigidas a los aspectos psicológicos y psicosociales (Yung, Phillips y McGorry, 2004; Klosterkötter, 2008).

Habitualmente, los pródromos sólo se identifican de manera retrospectiva, por lo que resulta difícil identificar a las personas que presentan síndromes prodrómicos, especialmente en población adolescente. En general, los síntomas prodrómicos individuales predicen un 50% de los casos de esquizofrenia y hasta un 20% de los trastornos esquizofreniformes. Por ese motivo, la utilidad de estos síntomas prodrómicos para el diagnóstico específico de trastornos psicóticos es muy limitada, pero son importantes signos de “alarma temprana” de psicosis incipiente. Así, debido a la limitación del concepto de pródromo, se sustituye por el de Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR). Desde esta perspectiva, el pródromo inicial de la psicosis pasa a ser visto como la forma más temprana de un episodio psicótico, es decir, de una forma atenuada de psicosis a otra según la cual conforman un factor de riesgo para su desarrollo, especialmente si se combina con otros factores de riesgo, pero donde las manifestaciones prodrómicas no conducen necesariamente a la psicosis. Asimismo, en la literatura internacional existe una amplia discusión sobre la delimitación y conceptualización (características, instrumentos y evolución) de los síndromes prodrómicos. (Vallina, Lemos y Fernández, 2006; Yung, 2006). Por ese motivo, el constructo de “alto riesgo”, Ultra High Risk (UHR) o Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) es una estrategia para identificar a las personas con mayor riesgo de evolución a la psicosis.

Hasta que no se obtenga una información más detallada sobre el estado prodrómico, las estrategias preventivas deben ser conservadoras, sobre todo en lo que se refiere a la administración de psicofármacos. Sin embargo, mejorar el pronóstico de la enfermedad mediante intervenciones tempranas debe ser un objetivo prioritario, ya que se sabe y no cabe duda que, en caso de que se hayan manifestado síntomas psicóticos, reducir el tiempo de Duration of Untreated Psychosis (DUP) (Mc Gorry et al., 1996; Häfner y Der Heiden, 1997), mejora el pronóstico de los pacientes (Marshall et al., 2005). Sin embargo, a pesar de las limitaciones de intervención en la fase prodrómica, se recomiendan estrategias para los médicos de familia y otros profesionales de Atención Primaria (AP), ya que suelen ser el primer punto de contacto cuando los pacientes jóvenes o sus familiares deciden expresar por primera vez sus quejas o su temor. Estos profesionales sanitarios desempeñan una función

esencial para reducir al mínimo la demora en el inicio de una intervención temprana. (Álvarez-Segura, Llorente y Arango, 2007).

Así, los tratamientos psicológicos y psicosociales deben ser los elementos principales en el período crítico para ayudar en la resolución de síntomas positivos y negativos persistentes y así promover la recuperación de una Salud Mental (SM) positiva. Del mismo modo, cabe destacar que el mayor grado de discapacidad se da durante los primeros años, pero a partir de entonces tiende a estabilizarse, con lo cual el nivel de funcionamiento conseguido dos años después del diagnóstico es un buen indicador del nivel de funcionamiento quince años después. Sin embargo, los servicios suelen ofrecer una menor intensidad de tratamiento en los períodos que hay entre las fases agudas, lo que constituye un modelo poco adecuado para atender las necesidades de pacientes que se encuentran en el período crítico. Precisamente, en la fase de recuperación, los objetivos de tratamiento deben estar enfocados hacia el alcance de: (basado en Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

- Fines académicos o laborales realistas
- Desarrollo de relaciones sociales y sexuales
- Apoyo para conseguir una vida independiente
- Fomento de valores personales y de la propia identidad
- Apoyo para minimizar la interrupción del trastorno en la vida del paciente
- Limitación del sufrimiento y las repercusiones negativas de la conducta psicótica
- Atención a las familias
- Sensibilización de los impedimentos en el seguimiento del tratamiento
- Ofrecimiento de tratamiento para problemas asociados
- Refuerzo del concepto de enfermedad biológica
- Compromiso del paciente y la familia
- Apoyo continuo a la adherencia al tratamiento
- Ofrecimiento de la psicoeducación en los síntomas positivos y negativos

- Enseñanza de estrategias de afrontamiento
- Facilitación de oportunidades para la reducción del aislamiento social
- Ayuda para la recuperación de la autoestima
- Formación en habilidades sociales

Actualmente se sabe que la intervención en las fases más tempranas de la enfermedad puede disminuir el impacto en el funcionamiento de la persona que la padece. Pero, a pesar de su importancia, la evaluación temprana presenta dificultades inherentes al reconocimiento de síntomas antes de la aparición de la enfermedad de forma franca.

Por ese motivo, se proponen dos fases en la intervención temprana de la psicosis (basado en Álvarez-Segura, Llorente y Arango, 2007).

Primera fase: Intervenciones realizadas antes de la aparición de un PEP, con el objetivo de identificar e intervenir en jóvenes con manifestaciones clínicas significativas, que se hallan en fase prodrómica o de riesgo para un PEP.

Segunda fase: Intervenciones cuando el paciente presenta un PEP. Se distingue un período previo a la detección de la psicosis, reduciendo la Duration of Untreated Psychosis (DUP) (Mc Gorry et al., 1996; Häfner y Der Heiden, 1997; McGlashan, 1999; Johanessen et al., 2000; Mc Gorry, 2000; Edwards y McGorry, 2004; Johanessen, 2004) y, más adelante, se concreta la intervención en el momento en que se considera el inicio de un Trastorno Psicótico (TP), concretando un tratamiento farmacológico y psicosocial para la recuperación sintomática y funcional del paciente y la prevención de recaídas.

La detección temprana consiste en la identificación de aquellas personas que se consideran Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) de desarrollar una psicosis, como por ejemplo quienes presentan síntomas prodrómicos, sin antes haber presentado síntomas psicóticos, o la identificación de personas que

hayan desarrollado una psicosis pero aún no hayan recibido un tratamiento adecuado.

La evolución del trastorno en estas fases precoces y la demora en el tratamiento puede ocasionar alteración en las circunstancias vitales, como fracaso escolar y laboral, autoagresiones, cambios en las relaciones personales o conflictos familiares, entre otros. Estas alteraciones pueden producir lo que se denomina “toxicidad psicológica”, cuyos efectos pueden limitar el nivel posterior de recuperación del trastorno, aunque después, en el momento de presentar el primer episodio psicótico, se haya tratado de forma eficaz. Por ese motivo, la intervención en las fases precoces o Psicosis Incipiente (PI) va dirigida a detectar el trastorno con la mayor precocidad posible e instaurar el tratamiento adecuado para cada persona.

3.3. PERFILES DIAGNÓSTICOS EN PSICOSIS INCIPIENTE (PI)

En las fases precoces de las psicosis o Psicosis Incipiente (PI), se distinguen dos perfiles diagnósticos diferenciados en cuanto a la sintomatología presentada; los pacientes denominados Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) y los que presentan un Primer Episodio Psicótico (PEP).

3.3.1. Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR)

Como resultado de los nuevos enfoques asistenciales sobre las psicosis y los pacientes en riesgo de padecer psicosis, las investigaciones orientadas a estudiar las fases iniciales de los trastornos psicóticos han aumentado considerablemente. Una de las evidencias con repercusiones inmediatas, a nivel preventivo y de intervención precoz, es que antes del primer contacto con los servicios de Salud Mental (SM), las personas afectadas pasan un largo tiempo sufriendo y emitiendo síntomas. Ese lapso de tiempo puede durar desde

meses hasta años. Es el período que se ha denominado Duration of Untreated Psychosis (DUP) (Mc Gorry et al., 1996; Häfner y Der Heiden, 1997; McGlashan, 1999; Johannessen et al., 2000; McGorry, 2000; Edwards y McGorry, 2004; Johannessen, 2004).

En Europa, Häfner y Maurer (2006) y Klosterkötter (2008), vienen estudiando ese período desde hace más de una década, trabajo en el cual les acompañan investigadores de diversas latitudes y programas (Yung, Phillips y McGorry, 2004; Johannessen, Martindale y Cullberg, 2006; Olsen, 2006). A pesar de las dificultades metodológicas de dichos estudios y de su disparidad tanto cultural como metodológica y de enfoque, casi todos ellos muestran que pasan varios años entre los primeros síntomas prodrómicos y el primer tratamiento, es decir, que el período de *Psicosis no tratada* dura varios años en nuestras sociedades. Por lo tanto, los datos actuales muestran que, cuando un paciente es diagnosticado de psicosis en nuestra cultura, lleva al menos un año experimentando los síntomas y conflictos propios del trastorno. Ese dato sería especialmente relevante si se confirmaran los controvertidos estudios que señalan que DUP más prolongadas se asocian a un curso del trastorno más desfavorable, con todos los sufrimientos y costes que ello conlleva (Yung, Phillips y McGorry, 2004; Larsen, 2006; McGorry, Killackey y Yung, 2007; Van Zelst, 2009).

Se sabe cada vez más sobre los síntomas prodrómicos de la esquizofrenia, es decir, del amplio período que pasa entre sus primeras manifestaciones y el reconocimiento y primeros tratamientos del trastorno (Menezes y Milovan, 2000; Edwards y McGorry, 2002; Melle et al., 2004; Marshall, 2005; Cullberg, 2006; Mingote et al., 2007; Klosterkötter, 2008). Sin embargo, en la literatura internacional se discute respecto a la delimitación y conceptualización (características, instrumentos y evolución) de estos síntomas prodrómicos (Vallina, Lemos y Fernández, 2006; Yung, 2006). Como estrategia para identificar a esas personas que llevan experimentando síntomas y conflictos específicos de un trastorno psicótico sin llegar a desarrollarlo pero con mayor riesgo de evolución hacia el mismo, se utiliza el término Ultra High Risk (UHR). En nuestro país, se ha propuesto el término EMAR (Estado Mental de Alto

Riesgo), pero aún no queda claro si este término debe englobar exactamente los mismos criterios.

Un factor de riesgo es un constructo que engloba diferentes acontecimientos ocurridos en la vida de una persona y que nos alteran sobre la posible aparición de un sufrimiento o patología, en especial cuando se acumulan a lo largo del tiempo. Desde esta perspectiva, el pródromo inicial de la psicosis pasa a ser visto como la forma pre-psicótica más temprana de un trastorno psicótico, es decir, una forma atenuada de psicosis, lo cual comporta un factor de riesgo para su desarrollo, especialmente si se combina con otros factores de riesgo propios del trastorno.

Diversos estudios han concretado una serie de factores de riesgo, en la infancia, de padecer esquizofrenia en la adolescencia y en la edad adulta. La perspectiva es multicausal, debida a factores biológicos, psicológicos o sociales, acompañado de factores de contención, resiliencia o protección.

Siguiendo las orientaciones del Programa del Niño Sano de la Generalitat de Catalunya (Amigó et al., 1999), entendemos por *Factor de riesgo* para la Salud Mental (SM) de la infancia toda aquella característica o circunstancia del niño o niña que comporte una mayor posibilidad de trastorno psicopatológico que la observada en la población general. Y, por *Señal de alarma*, todo signo, síntoma o conjunto de manifestaciones que, si aparecen en determinada edad, deben alertar de la posibilidad de un trastorno psicopatológico. Para la apreciación de las señales de alarma, es necesario tener en cuenta elementos contextuales y ambientales, tales como el momento del desarrollo del niño, la intensidad y la duración del síntoma y la influencia desadaptativa de los trastornos.

Concretamente, en trastornos psicóticos se han hallado factores de riesgo y señales de alarma en la infancia o indicadores de un desequilibrio en el sistema biopsicosocial de la persona, tales como factores de riesgo perinatales (complicaciones obstétricas, exposición materna a infecciones virales durante el segundo trimestre del embarazo, bajo peso al nacer, infecciones en el sistema nervioso central, uso de la incubadora, mala nutrición durante el

embarazo, uso de sedantes por parte de la madre durante el embarazo, signos de asfixia neonatal, depresión materna durante el embarazo, depresiones puerperales y uso o hábito de tóxicos durante el embarazo), antecedentes familiares (uno o dos de los progenitores padecen un trastorno psicótico), situación familiar (familia monoparental, edad avanzada de los padres, situación familiar de bajo nivel económico o déficit de integración social), problemas de salud (ingresos o intervenciones frecuentes), alteraciones en las primeras relaciones entre los progenitores y el bebé (dificultades emocionales, depresión postparto, dificultades de alimentación precoces, separaciones frecuentes, etc.), desarrollo cognitivo (déficits de atención, problemas en el aprendizaje, alteraciones en el lenguaje y mutismo selectivo), alteraciones en el desarrollo de los hábitos psicósomáticos (continuo despertar del bebé durante la noche) y relaciones con los demás (inhibición o pasividad, baja expresividad emocional, pocas amistades o hábitos solitarios). (Tizón et al., 2008).

La acumulación de factores de riesgo genéticos y ambientales puede aumentar la tendencia a la aparición de trastornos de Salud Mental (SM) (Leiderman, 2004). Dichos factores, pueden determinar la *vulnerabilidad o predisposición* y facilitar aún más las evoluciones desfavorables (Parellada, 2001; Tizón, 2004).

Entendemos por *vulnerabilidad* la predisposición de un individuo a desarrollar un episodio psicótico cuando las circunstancias vitales externas y/o internas producen un grado de estrés que provoca la superación del umbral de tolerancia al estrés que tiene la persona. Por ese motivo, se asume que la esquizofrenia y los trastornos psicóticos en general implican una persistente vulnerabilidad a desarrollar dichos trastornos. (Zubin y Spring, 1977).

Este modelo de vulnerabilidad relacionado con el estrés, combina diversos factores causales. El modelo explicativo parte del supuesto de que existe una predisposición a la psicosis de naturaleza genética o adquirida como consecuencia del daño cerebral. Sin embargo, la vulnerabilidad necesita ser desencadenada por factores ambientales para manifestar el trastorno. Dichos componentes pueden ser biológicos (debido al consumo de sustancias) o

psicológicos (situaciones vitales estresantes, estrés por exámenes, cambios de residencia, etc.).

Normalmente, los métodos de potenciación del riesgo, limitados a la enfermedad psicótica y centrados en los signos tempranos de la psicosis, pasan por alto la fase prodrómica prepsicótica, habitualmente muy prolongada, que se acompaña a menudo de alteraciones cognitivas y funcionales, con deterioro en las relaciones sociales. Muchos de los pacientes que sufren síntomas graves y que pierden progresivamente su calidad de vida en la fase prodrómica de la psicosis no reciben tratamiento. La primera fase de potenciación genérica del riesgo está fundamentada, principalmente, en las personas que consultan a los servicios de medicina primaria, debido al padecimiento de problemas mentales. Por ese motivo, es necesaria la aplicación de instrumentos que permitan la identificación de las personas con riesgo moderado, en servicios especializados de Salud Mental (SM) o en centros de intervención temprana (Häfner y Maurer, 2006).

Hoy en día, equipos de investigación trabajan para determinar señales de alarma y factores de riesgo ya específicos desde la infancia. Por ejemplo, existen instrumentos como el “Alarm Distress Baby Scale” (ADBB) (Guedeney, Charron, Delour, Fermanian, 2001) traducida al castellano como “Alarma: Bebé en apuros”. Es una escala de evaluación muy útil para la consulta pediátrica ya que detecta los primeros signos de alarma del bebé que presenta retraimiento relacional. Otros instrumento utilizados son el “Children’s Behaviour Checklist” (CBCL) (Achenbach, 1992), en el que se proporcionan datos obtenidos por los padres sobre la presencia (o no) de patología emocional, y el Listado de Ítems en Salud Mental (LISMEN) (Artigue, 2013), desarrollado para realizar la exploración y detectar posibles factores de riesgo de trastornos mentales graves en la infancia y en la adolescencia, entre otros instrumentos.

Se sabe que pueden existir diversas causas en un solo contexto o distintas causas en varios contextos. De ahí las hipótesis señaladas en estudio sobre factores de riesgo: a mayor número de factores de riesgo, mayores dificultades en el neurodesarrollo, mayor sufrimiento emocional y mayor probabilidad de

aparición de un trastorno de Salud Mental (SM) (Artigue, 2013). No obstante, un aspecto importante a señalar son las diferencias individuales en cuanto a la afectación de cada persona según su vulnerabilidad y su capacidad de resiliencia ante los factores de riesgo, entendida como las condiciones que favorecen el desarrollo del niño o niña. De este modo, una persona que acumule diversos factores de riesgo, pero tenga una baja vulnerabilidad y unos adecuados factores de protección, no desarrollará un trastorno mental como lo haría una persona con una elevada vulnerabilidad y pocos factores de protección. Los factores de protección pueden ser personales (inteligencia, habilidades sociales o capacidades para resolver problemas) y ambientales (apoyo familiar o social) y pueden atenuar el riesgo de psicosis en personas con predisposición o vulnerabilidad de un trastorno psicótico. (Ezpeleta, 2005; Cyrulnik, 2007).

La descripción de las características de los Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR), que son susceptibles de convertirse en un Primer Episodio Psicótico (PEP), es el primer paso para la prevención primaria y secundaria efectuada en los servicios de nuestro sistema sociosanitario. Sólo de este modo se pueden poner en marcha medios, herramientas y sistemas fiables para detectarlo de manera precoz, para poder ayudar a estos pacientes y a los grupos humanos desde el primer momento, desde los estados de riesgo (McGlashan, 1999; Larsen, 2006; Yung, 2006). Para los profesionales que trabajan en estrecho contacto clínico con esos pacientes y sus allegados, una primera preocupación es aclarar cómo, los pacientes psicóticos y sus familias, conviven y soportan un trastorno tan grave y doloroso. En especial, cómo y desde cuándo comenzó el trastorno y cuáles fueron sus síntomas y su calidad de vida, así como también sus percepciones, cogniciones, conflictos, capacidades de contención y resiliencia, con el fin de poder desarrollar estrategias de intervención que permitan abordar estos síntomas para disminuir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida del paciente (Peralta y Cuesta, 1994; Vargas, Jimeno-Bulnes y Jimeno-Valdés, 1995).

En realidad, se sabe poco de cómo viven las personas que padecen un Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) antes del primer ingreso o contacto con las

redes de Salud Mental (SM), pero lo que sí se sabe es que el deterioro en el funcionamiento psicosocial comienza en las primeras etapas de la enfermedad (González-Ortega et al., 2011). Se ha planteado que el tiempo de psicosis no tratada, entendida como Duration of Untreated Psychosis (DUP) (McGorry et al., 1996; Häfner y Der Heiden, 1997; McGlashan, 1999; Johanessen et al., 2000; McGorry, 2000; Edwards y McGorry, 2004; Johanessen, 2004), la adaptación premórbida, el predominio de síntomas negativos, el consumo comórbido de sustancias psicoactivas y las condiciones psicosociales (calidad de vida), especialmente la pobreza, destacan como los más importantes en la determinación del pronóstico en la esquizofrenia (Cano et al., 2007).

En ese sentido, desplegar estrategias para reducir la Duration of Untreated Psychosis (DUP) e intervenir lo antes posible, se convierte en un objetivo necesario y prioritario para la atención en Salud Mental (SM) de estas personas y sus familias (IEPA, 2003; Yung, Phillips, McGorry, 2004; Emsley, Rabinowitz y Medori, 2007; Lalucat y Tizón, 2007). Si esa atención precoz no existe, se retrasa la instauración de tratamientos eficaces, las intervenciones iniciales suelen ser bruscas, traumáticas, alienantes, con poca continuidad de la atención y con escasa colaboración del paciente (y, a veces, de la familia) en el tratamiento. La consecuencia general del modelo de atención a las psicosis actualmente imperante en los países “desarrollados” es que los afectados, generalmente jóvenes, no reciben asistencia hasta que presentan un riesgo severo para sí mismos o para los demás, o evolucionan hacia un patrón crónico del trastorno y diversas discapacidades biopsicosociales (Edwards y McGorry, 2002; Cullberg, 2006; Tizón, 2007; Tizón et al., 2008).

3.3.2. Primer Episodio Psicótico (PEP)

Estudios epidemiológicos actuales muestran que, las personas que se hallan en el periodo inicial de la Psicosis no tratada; Duration of Untreated Psychosis (DUP) (McGorry et al., 1996; Häfner y Der Heiden, 1997; McGlashan, 1999; Johanessen et al., 2000; McGorry, 2000; Edwards y McGorry, 2004;

Johannessen, 2004), pueden presentar sintomatología inespecífica (como por ejemplo ansiedad, insomnio o depresión), o bien primeros síntomas psicóticos atenuados (delirios y/o alucinaciones) (Johannessen, Martindale y Cullberg, 2006; Olsen y Rosenbaum, 2006; McGorry, Killackey y Yung, 2007; Klosterkötter, 2008).

Las experiencias clínicas descritas, son conocidas como síntomas pseudo-psicóticos, sin necesidad de estar vinculados a una alteración médica, psicopatológica u otro tipo. Estos síntomas se consideran un comienzo del continuum de un trastorno psicótico; trastorno caracterizado, por un lado, por síntomas positivos, tales como las alucinaciones (auditivas, cenestésicas, olfatorias o visuales), las ideas delirantes (delirios de persecución, de culpa, religiosos, somáticos, de referencia, de control o lectura, difusión, inserción o robo del pensamiento), comportamiento extravagante (vestido y apariencia inusual, comportamiento social y sexual inapropiado, comportamiento agresivo o agitado, o conducta repetitiva), y/o trastornos formales del pensamiento de tipo positivo (asociaciones laxas, tangencialidad, esquizoafasia o incoherencia, ilogicalidad, circunstancialidad, presión del habla, distraibilidad o asociaciones fonéticas). Y, por otro lado, caracterizado por la presencia de síntomas negativos, como la pobreza afectiva (expresión facial inmutable, movimientos espontáneos disminuidos y escasez de demandas expresivas, escaso contacto visual, incongruencia afectiva y ausencia de respuesta, o ausencia de inflexiones vocales), alogia o empobrecimiento del pensamiento y las cogniciones (pobreza del lenguaje, pobreza del contenido del lenguaje, bloqueo o latencia de respuesta incrementada), abulia o apatía (disminución de la atención al aseo e higiene, falta de persistencia en el trabajo o en la escuela o anergia física), anhedonia o insociabilidad (poco o nulo interés por actividades recreativas, descenso de la actividad o interés sexual, incapacidad para sentir intimidad o proximidad, o restricción en la relación con amigos o semejantes) y/o alteración de la atención (dificultades de concentración o distracción, incluso en las situaciones sociales). (Basado en el DSM-IV-TR).

Debido a la gran variabilidad de síntomas y el carácter continuo de la psicosis, actualmente se define un Primer Episodio Psicótico (PEP) como un cuadro

sindromático que se determina después de seguir una evolución clínica en el tiempo, por lo que puede sufrir grandes modificaciones, al menos a lo largo del primer año de aparición (Cano et al., 2007).

El concepto de PEP presenta una serie de controversias sobre su presentación clínica, formas de inicio y contexto de cada paciente. Por ese motivo, cuando hablamos de un PEP no nos referimos a un grupo uniforme de personas, debido a que puede iniciarse de distinto modo; como por ejemplo de manera aguda o insidiosa, en un contexto de inespecífica evolución de síntomas prodrómicos y, asimismo, con distintas combinaciones en la sintomatología clínica de ideas delirantes, alucinaciones, alteración de la conducta y desorganización del pensamiento. Existen, pues, dos modos de considerar un PEP en la práctica clínica; como el periodo comprendido entre la aparición de los síntomas prodrómicos y la aparición de los primeros síntomas psicóticos (entendido como un primer brote psicótico), o bien el momento en el que el paciente presenta todos los criterios diagnósticos de un trastorno específico, explicitados en los manuales de psiquiatría. (Palma, Farriols, Cebrià y Cañete-Crespillo, 2006). La realidad heterogénea que engloba el término de Primer Episodio Psicótico (PEP) respecto a la aparición de síntomas (agudo o insidioso), edad de inicio, sintomatología y otras variables, supone que resulte cada vez más ineludible conocer cómo se produce el inicio de psicosis. (Barajas et al., 2007). Por ejemplo, teorías sobre alteraciones en el neurodesarrollo o en la interacción con factores de vulnerabilidad genética (Weinberger, 1987; Murray, 1994) sustentan dificultades en el funcionamiento global antes de la aparición de los síntomas positivos. Del mismo modo, hay estudios que postulan diferencias del trastorno esquizofrénico según el género, siendo los hombres los que desarrollan un PEP en inicio más temprano que las mujeres, presentando ambos una serie de signos y síntomas prodrómicos de manera insidiosa incluso dos años antes del comienzo de los síntomas psicóticos francos (Escobar, 2000). Se sabe que las mujeres tienen un mejor funcionamiento premórbido y, especialmente en seguimientos a largo plazo, un curso más favorable (Usall, 2003). Según estudios previos (Häfner, Hambrecht, Loffler, Munk-Jorgenson y Reicher-Rossler, 1998) los europeos tienden a presentar el primer signo del trastorno a los 22,5 años (los hombres) y 25,4

años (las mujeres), pero el 73% de los mismos experimentan una fase prodrómica, de uno a cinco años de duración, con síntomas psicóticos ya manifiestos, sin diagnóstico ni tratamiento. Por este motivo, se decide avanzar la edad de captación desde los 15 a los 12 años, en coincidencia con resultados de investigaciones internacionales (Cornblatt et al., 2003). Se conoce que durante el periodo de la adolescencia es donde se suelen presentar frecuentemente síntomas psicóticos atenuados, similares a los pacientes con un trastorno de esquizofrenia, pero en menor intensidad, persistencia, frecuencia y discapacidad asociada, sin estar vinculados a una alteración médica, psicopatológica o de otro tipo (Yung, 2006).

De este modo, la dificultad de considerar un Primer Episodio Psicótico (PEP) como sinónimo de cumplimiento de todos los criterios diagnósticos radica en que, cuando un paciente consulta y es diagnosticado por primera vez por un psiquiatra, extra o intrahospitalario, probablemente lleva evolucionando con sus síntomas entre uno y cinco años, y ha padecido diversas agudizaciones de dicho proceso. Asimismo, hoy en día sabemos que la sintomatología plenamente psicótica (tanto los síntomas positivos como negativos) han aparecido años antes. (Tizón, 2004).

La subjetividad de la definición de la psicosis se hace patente si la aplicamos a patologías cuyos síntomas pueden parecer psicóticos, como algunos trastornos obsesivos-compulsivos, trastornos de la alimentación, episodios disociativos, flash-backs traumáticos, fobias sociales extremas, trastornos dismórficos y algunos trastornos de personalidad. Ante estas dificultades que plantea el diagnóstico por categorías del DSM-IV-TR, el DSM-V propone para la esquizofrenia y algunos trastornos la opción de “diagnósticos dimensionales”, reconociendo así la heterogeneidad de los síntomas psicóticos (Hueso, 2011).

Actualmente, se conoce que la duración de Duration of Untreated Psychosis (DUP) (McGorry et al., 1996; Häfner y Der Heiden, 1997; McGlashan, 1999; Johannessen et al., 2000; McGorry, 2000; Edwards y McGorry, 2004; Johannessen, 2004), es uno de los factores pronósticos más importantes en un trastorno psicótico. (Larsen, Johannessen y Opjordsmaen, 1998; Amminger,

Edwards, Brewer, Arrigan y McGorry, 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; Harris et al., 2005; Malla, Norman, Scholten, Manchanda y McLean, 2005). Diversos estudios sustentan la hipótesis de que la presencia de síntomas psicóticos durante un tiempo prolongado suponen un daño biológico y generan síntomas negativos, disfunciones cognoscitivas y una respuesta parcial al tratamiento farmacológico, así como también supone un riesgo de conductas suicidas y problemas legales debido a una conducta violenta. Asimismo, se ha observado una mayor disfunción familiar y un incremento del deterioro psicosocial del paciente y, además, se sabe que los síntomas psicóticos se manifiestan en un rango de severidad, que depende de la frecuencia, duración, grado de implausibilidad o desviación, creencia en la experiencia y deterioro funcional (Kwapil, Chapman y Chapman, 1999).

Es importante tener presente lo señalado en investigaciones en las que se postula que gran parte de las personas que han presentado alguna vez síntomas pseudo-psicóticos, nunca desarrollan trastornos psicóticos, sino que permanecerán clínicamente compensadas, pero con mayor probabilidad de presentar manifestaciones clínicas, como por ejemplo cumpliendo criterios para trastornos del espectro esquizofrénico o de menor severidad como la esquizotípia (Gooding, Tallent y Matts, 2005).

Como señalamos, un número considerable de casos después de sufrir un Primer Episodio Psicótico (PEP) evoluciona hacia trastornos como la esquizofrenia, pero también hay grupos de pacientes que únicamente presentan un episodio en su vida y no les comporta ningún deterioro psicosocial ni en la calidad de vida (Cano et al., 2007). No obstante, cabe destacar que los síntomas pseudo-psicóticos se asocian con una disminución de la calidad de vida (Svirkis et al., 2007), malestar emocional y comportamientos violentos (Mojtabai, 2006). En caso de que persistan los síntomas a lo largo del tiempo, puede suponer un deterioro social y del funcionamiento general (Rössler et al., 2007). Dicha persistencia de los síntomas, se suele situar entorno al 10-35% durante la etapa adolescente y

adulta (De Loore et al., 2008; Van Os, Linscott, Myin-Germys, Delespaul y Krabbendam, 2009), debido a los factores de riesgo ambientales o genéticos.

3.4. FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL Y PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LA CALIDAD DE VIDA

Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, muestran dificultades importantes en distintas áreas del funcionamiento, tales como la propia autonomía (déficit para manejar las propias decisiones o tareas), las relaciones interpersonales (falta de red social, falta de motivación o interés, etc.), el ocio (nula utilización del ocio y tiempo libre o inadecuado manejo del ocio), los logros profesionales y académicos (fracaso laboral o académico, expectativas laborales o académicas desajustadas, faltas de hábitos y dificultades de manejo sociolaboral), la actividad sexual (aplanamiento afectivo) y el funcionamiento cognitivo (dificultades de atención, percepción, concentración, procesamiento de información, etc.). Estas dificultades son muy comunes entre las personas que padecen un trastorno psicótico y pueden dar lugar a una discapacidad sostenida, con el consecuente sufrimiento personal y elevados costes indirectos que supone para la sociedad, por lo que deben estudiarse de manera detallada (Knapp, 2000; Tizón 2004; González-Ortega et al., 2011).

En la esquizofrenia y otras psicosis, la compleja sintomatología puede ocasionar importantes limitaciones en la autonomía personal (Awad y Voruganti, 2008; Nicholl et al., 2010). Asimismo, esta pérdida no afecta exclusivamente a los enfermos, sino que el alcance de esta enfermedad llega también a su entorno afectivo. La atención y cuidados que requieren, suponen además un esfuerzo para la persona que los presta. Concretamente en España, se estima que el cuidado de personas con pérdida de autonomía personal supone un 47% de los costes totales de esta enfermedad (Olivia-Moreno, López-Bastida, Montejo-González, Osuna-Guerrero y Duque-González, 2006).

Los pacientes con esquizofrenia cuentan con escasas redes sociales, conformadas mayoritariamente por familiares. Como consecuencia, suelen tener una percepción pobre de apoyo social, especialmente de las personas que no forman parte de su núcleo familiar, motivo por el que mantienen escaso contacto con la comunidad (Jiménez, Vázquez y Vázquez, 2007; Schomerus et al., 2007; Huang, Sousa, Tsai y Hwang, 2008). Se asocia una mayor red social de las mujeres en comparación con los hombres (Kimura, 1999) y una disminución de habilidades sociales con la edad debida a un deterioro cognitivo (Mueser et al., 2010). Del mismo modo, se postula que las personas diagnosticadas de esquizofrenia que trabajan y tienen un buen nivel educativo tienen más facilidades de ampliar su red social. Asimismo, la escasez de redes sociales también les supone una disminución de actividades de ocio y tiempo libre (Heider et al., 2007).

El conjunto de dificultades pueden conllevar que algunas personas presenten problemas en el manejo de las exigencias de la vida personal y social, y en el desempeño normalizado de roles sociales. También, estas dificultades, en interacción con diferentes factores y barreras sociales (estigmatización, rechazo social, insuficiencia de recursos de atención y soporte social, etc.), pueden dar lugar a que entren en riesgo de desventaja social y marginación (aislamiento social, desempleo, falta de vivienda o exclusión social). Además, la mayoría de personas con un trastorno psicótico, están desempleadas o excluidas del mundo laboral y presentan importantes dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo remunerados. Y, en el caso de las personas con trastornos mentales graves y persistentes suelen producirse varias manifestaciones en el terreno laboral, como las faltas al trabajo, desmotivación y disminución en el rendimiento laboral, desobediencia e incumplimiento de las tareas propias del rol laboral, conflictos interpersonales y conductas violentas en el trabajo y falta de colaboración y aislamiento. (Mingote, del Pino, Huidobro, Gutiérrez, de Miguel y Gálvez, 2007).

Gabay, Fernández y Roldán (2006), hacen una revisión de la sexualidad y la esquizofrenia. Señalan que diversos estudios muestran que los pacientes que padecen esquizofrenia no mantienen relaciones sexuales, o presentan una tasa

de disfunciones sexuales elevada. Asimismo, algunos concluyen que sólo un pequeño grupo de pacientes ha mantenido una pareja sexual y, frecuentemente, muestran escaso deseo sexual. Es importante destacar que la disfunción sexual de la esquizofrenia se asocia con la calidad de vida percibida y es uno de los principales factores de falta de adherencia al tratamiento y una de las áreas con necesidades menos satisfechas. De hecho, los antidepresivos, los ansiolíticos, los antipsicóticos y los tranquilizantes pueden afectar a la salud sexual, ya que todos influyen en la aparición del deseo y en la capacidad para mantener erección. Además, también pueden provocar disfunciones en la eyaculación e irregularidades menstruales.

Por otro lado, Napal et al. (2012) hacen una revisión de la literatura del curso evolutivo de la esquizofrenia y su impacto en la cognición. Determinan que diversas investigaciones se han centrado en el estudio de la memoria de trabajo, postulando que se trata de una característica central de la esquizofrenia, y sugieren alteraciones en pruebas de memoria de trabajo visuoespacial. En consecuencia, se concluye que la memoria de trabajo es la principal afectación deficitaria cognitiva, limitando a su vez otras áreas cognitivas para una adecuada funcionalidad. Del mismo modo, señalan la idea interpretada por diversos autores, en la que se defiende que los dominios más afectados en el inicio de la enfermedad (como por ejemplo las funciones ejecutivas, habilidad visuoespacial y fluidez verbal), no presentan un registro de progresión, mientras que aquellos que aparecen más tarde son más progresivos y continúan deteriorándose en el tiempo. Asimismo, las personas con un inicio temprano de esquizofrenia presentan déficits cognitivos generales severos, mientras aquellas con inicio tardío, presentan disfunciones cognitivas relativamente conservadas, sufriendo de manera más restringida una afectación en la atención, fluidez verbal, cognición global, Cociente Intelectual (CI) y habilidades visuoespaciales. Además, el patrón cognitivo encontrado sugiere que estos déficits son específicos y no sólo resultado de la edad avanzada.

La percepción subjetiva que tienen sobre su vida los pacientes diagnosticados de enfermedades crónicas como la esquizofrenia, entendida como la

percepción subjetiva de la propia calidad de vida, debe ser uno de los objetivos prioritarios a la hora de abordar el tratamiento, sobre todo si se tiene en cuenta que el avance de los antipsicóticos de segunda generación y la introducción de conceptos como rehabilitación y atención comunitaria en el campo de la salud, han promovido la calidad de vida como una importante medida de eficacia en el tratamiento de pacientes diagnosticados de esquizofrenia (Bobes, García-Portilla, Bascaran, Saiz y Bousoño, 2007; Mohr, 2007).

Por otro lado, cabe señalar que la política de los años sesenta impulsó el interés por la calidad de vida, especialmente en psiquiatría, a raíz de la desinstitutionalización de pacientes con trastornos mentales que fueron movilizados de hospitales psiquiátricos hacia otras alternativas residenciales comunitarias. No obstante, para conocer la relación y el verdadero impacto que la calidad de vida tiene en pacientes con esquizofrenia, es necesario abordar el estudio de la calidad de vida no solo de manera objetiva desde el punto de vista del profesional, sino sobre todo desde la experiencia subjetiva del propio paciente. (Mínguez, González, Alonso, Sanguino y García, 2005). Desde esta perspectiva, se ha descrito la calidad de vida como la evaluación cognitiva y afectiva de la situación de sí mismo percibida por el propio paciente en un momento determinado de su vida, por lo que su estudio debe desarrollarse con la intención de realizar y difundir métodos terapéuticos que pretendan ir más allá de la mera descripción del trastorno, tratando de mejorar la percepción que tiene la propia persona sobre su situación, con la intención de integrarlo, en la medida posible, al entorno social que cubra mejor sus necesidades (Gómez y Botella, 2007).

Las dificultades en las distintas áreas del funcionamiento psicosocial de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia son facetas de la enfermedad que pueden afectar a la percepción de la propia calidad de vida. Por ejemplo, el desempeño de los roles sociales y la capacidad de autonomía pueden afectar de manera positiva (González, Villanueva, García y Arias, 2003), como también una buena percepción individual, las expectativas personales y el nivel de independencia (Giner, Ibáñez, Cervera, Sanmartín y Caballero, 2001).

Además, se sabe que la calidad de vida de las personas diagnosticadas de esquizofrenia puede verse afectada tanto por los síntomas positivos como por los negativos, pero es necesario ir más allá de la sintomatología clásica y se debe conocer la experiencia subjetiva del paciente (sintomatología básica) para poder llevar a cabo su abordaje terapéutico desde intervenciones más cognitivas que tratan las deficiencias más básicas de la persona (Peralta y Cuesta, 1994).

Diversos estudios postulan un índice elevado de percepción subjetiva del deterioro en el funcionamiento psicosocial de pacientes con esquizofrenia. Sin embargo, actualmente, también se conoce que los pacientes en situación de alto riesgo (Ultra High Risk), que evolucionan hacia la esquizofrenia muestran un perfil de deterioro más severo que aquellos que permanecen estables en el diagnóstico (Brewer et al., 2006).

En el caso de los Primeros Episodios Psicóticos (PEP), se ha descrito en numerosos estudios un importante deterioro en el funcionamiento psicosocial (Cano et al., 2007). Asimismo, investigaciones recientes han hallado que el deterioro de los pacientes con un PEP, no es significativamente diferente en comparación con otros pacientes que presentan diversos episodios (Strakowski et al., 1998; Tohen et al., 2003; Goetz et al., 2007). Las dificultades observadas en la funcionalidad a largo plazo, sugieren que el deterioro funcional no se limita a los episodios agudos, es decir, que los pacientes pueden mostrar deterioro funcional pese a la recuperación sintomática (Strakowski, Williams, Fleck y Delbello, 2000; Tohen et al., 2000). Estos resultados reflejan la importancia de evaluar el funcionamiento psicosocial en los PEP, donde el deterioro psicosocial persistente durante el seguimiento a corto plazo, puede ser un precursor de la cronicidad o la resistencia al tratamiento a largo plazo. Por ese motivo, evaluar el funcionamiento psicosocial de los pacientes con un PEP, además de los síntomas, es importante para comprender las consecuencias físicas, personales y sociales y su proceso de recuperación. Asimismo, permite la identificación de los factores de riesgo y de los tratamientos más eficaces para mejorar el deterioro que conllevan. Sin embargo, la mayoría de estudios se centran en los síntomas, prestando una

menor atención a la recuperación funcional psicosocial, a pesar de que éste es más debilitante y duradero a largo plazo en comparación con los síntomas positivos que marcan el inicio del trastorno psicótico. (Pinkham, Penn, Perkins, Graham y Siegel, 2007).

Conocer el funcionamiento psicosocial de los pacientes con Primeros Episodios Psicóticos (PEP) es, por lo tanto, fundamental para perfilar el pronóstico del trastorno e identificar factores de riesgo que permitan mejorar el funcionamiento global y la calidad de vida de los pacientes. Pero, aunque las investigaciones apunten a que el deterioro en el funcionamiento psicosocial comienza en las primeras etapas del trastorno, dado que antes de un PEP hay un declive en ciertas áreas del funcionamiento del individuo, tales como el afecto depresivo, el aislamiento social, la disminución de la concentración y motivación, alteraciones en el sueño y suspicacia (Mingote et al., 2007), en realidad se sabe poco de cómo viven las personas con un PEP y con Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) antes del primer ingreso o contacto con las redes de Salud Mental (SM) (González-Ortega et al., 2011). Además, se desconocen estudios que evalúen la percepción subjetiva de la calidad de vida, entendida como funcionamiento psicosocial, que tiene la persona en la fase prodrómica del trastorno. Por ese motivo, es importante la tarea que se realiza desde los equipos de atención precoz con pacientes que pueden estar en riesgo de padecer psicosis, para así poder atender el sufrimiento de los propios pacientes y de sus familiares (Tizón, 2009). Una de las maneras de evaluar la recuperación de estos pacientes es, precisamente, observar si su percepción subjetiva se asimila a la que observa el propio clínico, motivo por el que a mejor funcionamiento global, mayor percepción subjetiva de la calidad de vida. De acuerdo con la International Early Psychosis Association (IEPA), en la intervención de una persona joven con Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) que busca activamente o acepta ayuda para su malestar asociado a los síntomas, se debe proporcionar información de una manera flexible, cuidadosa y clara sobre los riesgos del desarrollo de los trastornos mentales, así como de sus síntomas y problemas actuales (Tizón, 2009). Conocer y aclarar cómo y desde cuándo empieza el trastorno psicótico y cuáles son las percepciones, cogniciones, conflictos y capacidades de contención y de resiliencia de una

persona en riesgo de padecer un trastorno psicótico, supone una información relevante para los profesionales que trabajan en contacto estrecho con esos pacientes y sus familiares. La detección precoz de los síntomas permitiría una atención inmediata, disminuyendo los niveles de pérdida de la calidad de vida. Pero, aun así, normalmente se atribuye un papel fundamental a la red sanitaria en esta detección, lo que implica pensar que la mayoría de pacientes visitan los dispositivos de Salud Mental (SM) durante un año, cosa que está actualmente por demostrar.

En resumen, se sabe poco de cómo viven en nuestras sociedades las personas con EMAR y PEP, y sus familias, cuando no están hospitalizadas y, aún menos, antes del primer ingreso o contacto con las redes de SM. Tampoco se puede determinar la magnitud de los costes directos o indirectos (Knapp, 2000). Estudios internacionales muestran como un tratamiento integral, en el que se incluye psicoterapia, medicación y trabajo con los familiares, todo ello combinado con estrategias de detección precoz, reduce de forma significativa la duración de la psicosis no tratada, aunque el primer año no se pueda detectar su efecto en el área de síntomas positivos (Larsen, 2006). Algunos estudios también señalan que en estos grupos el efecto de la psicoterapia se detecta a partir de los doce meses (Morrison et al., 2004) y cómo esta técnica, a veces combinada o no con el uso de los psicofármacos, reduce la transición de los EMAR a PEP y provoca una mejora significativa en los síntomas (Bechdolf et al., 2006). Acorde con las líneas generales de consenso IEPA, promoviendo la identificación temprana, la educación a la comunidad (información sobre el comienzo de la psicosis, tratamiento y apoyo), los programas de atención específicos para cada fase, los tratamientos farmacológicos prudentes, las intervenciones psicosociales y la incentivación de la investigación en psicosis, así como también el contar con las familias y las asociaciones para validar experiencias, se puede reducir de manera importante el impacto de los síntomas y permitir una recuperación inicial más rápida y concreta (International Early Psychosis Association Writing Group, 2005). El abordaje terapéutico, por lo tanto, ha de integrar intervenciones psicofarmacológicas e intervenciones psicosociales, incluyendo aspectos como la autonomía, la calidad de vida, el bienestar personal o la participación, es decir, la

recuperación personal. Por ese motivo, es importante señalar que la intervención temprana en los primeros episodios no se debe reducir solo a la remisión de los síntomas, sino también a las dificultades de la funcionalidad consecuentes, ya que, como ya se ha dicho, algunos estudios sugieren que el deterioro funcional no se limita a pacientes en fase aguda del trastorno, sino que el deterioro funcional se puede presentar pese a la recuperación sintomática (Strakowski, Williams, Fleck y Delbello, 2000; Tohen et al., 2000).

3.5. TENDENCIAS DE DIAGNÓSTICO EN LAS ETAPAS DEL DESARROLLO EVOLUTIVO

Se han realizado diversos estudios con el objetivo de investigar los indicadores precoces de esquizofrenia. Las conclusiones generales indican que los indicadores tempranos consisten en alteraciones motoras, cognitivas, conductuales y sociales. En cuanto a las alteraciones que se presentan, las motoras son visibles desde la primera infancia y muestran un desarrollo neural patológico. Sin embargo, se sabe que estas alteraciones se silencian en la adolescencia, donde aparecen más evidenciadas las alteraciones cognitivas, que persisten hasta el inicio del trastorno. Y, en referencia a las alteraciones sociales, se expresan a partir de la pubertad.

Así, existen indicadores tempranos de esquizofrenia, pero esto no implica que pueda predecirse un trastorno psicótico en base a los mismos. Del mismo modo, la presencia de un número importante de indicadores de diferentes trastornos psiquiátricos nos debe permitir actuar sobre este grupo y observar su evolución para que nos permita prevenir trastornos mentales. (Bonanni et al., 2003).

En nuestra sociedad, ¿qué diagnósticos prevalecen según las diferentes etapas del desarrollo evolutivo?

3.5.1. En la primera infancia (hasta los 6 años de edad)

Basados en los criterios utilizados actualmente en nuestro ámbito clínico en Barcelona (Fundació Nou Barris, 2006), cabe destacar que en esta etapa el Trastorno Mental Grave (TMG) está relacionado con la aparición de trastornos del desarrollo, trastornos de la vinculación y la comunicación, trastornos psicóticos, trastornos del habla y del lenguaje, entre otros.

Las sospechas de un TMG en un bebé son detectadas por acciones como por ejemplo la falta de interacción, rasgos de desconexión, indiferencia, cambios de humor no motivados, relaciones sociales complicadas o actitudes interactivas pobres o nulas. Sin embargo, muchos bebés mejoran con una intervención terapéutica precoz, por lo que no siempre evolucionan hacia un trastorno grave del desarrollo.

En el caso de las psicosis, no siempre se cumplen criterios de diagnóstico específico, pero sí se puede diagnosticar un Trastorno Generalizado del Desarrollo sin especificar (según CIE-10) o el trastorno multicéntrico del desarrollo.

No obstante, como señalamos (siguiendo a Fundació Nou Barris, 2006), no todos los trastornos psicóticos infantiles quedan abarcados bajo la sombra de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TDG). Hay niños que tienen capacidad de interacción y comunicación, por lo que clínicamente su sintomatología suele ser interpretada como neurótica. Aun así, manifiestan conductas psicóticas y dificultan el abordaje terapéutico y, además, se observa que evolucionarán a descompensaciones graves durante las etapas claves del desarrollo. (Alcamí, 2005).

Basándonos en Alcamí (2005), en los Hospitales de Día, por ejemplo, se describen muchos niños caracterizados por la impulsividad y la inquietud, motivo por el que son diagnosticados frecuentemente como Trastornos del Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), lo que supone no parar atención a conductas de aislamiento, de desorganización del pensamiento y de la

utilización del mundo de la fantasía que hacen determinados niños en la primera infancia. Además, subraya la cantidad de niños inhibidos, cuya ansiedad es poco movilizable y parecen cerrados a la actividad cognitiva del aprendizaje, que pasan desapercibidos a pesar de tener unas pautas de interacción no saludables.

Por otro lado, se enfatiza que la gran mayoría de niños que reciben tratamiento en la primera infancia reciben el diagnóstico de TGD. En el Hospital de Día, observan niños psicóticos no autistas, en los que el lenguaje parece estar “pegado al propio objeto que representa”, impidiendo su dimensión simbólica, lo que implica un habla con una función comunicativa muy limitada y que habitualmente refleja una gran desorganización del pensamiento. También, se señala la presencia de una minoría de niños con trastornos propiamente neuróticos en una situación de crisis.

Se resalta, sin tener en cuenta el diagnóstico que cumplen las Clasificaciones Internacionales (CIE-10 y DSM-IV-TR), la creación de patrones nuevos y diferentes de relación. Se promueve, así, la creación de una zona intermedia entre su realidad exterior y su realidad interior para que resurja el juego y el lenguaje. Asimismo, en la primera infancia el trabajo con los padres es fundamental para el abordaje terapéutico de los niños. Cuanto más pequeño es, más inmerso se halla en el modelo relacional con sus padres. Y, si además se habla de psicosis, los padres no pueden quedar excluidos en dicho proceso. Sin embargo, también es frecuente que la existencia de un niño con trastorno psicótico desestructure las dinámicas familiares.

Desde un punto de vista psicodinámico, en el autismo, esquizofrenia y psicosis de inicio en la primera infancia, existe un fallo en la simbolización que les supone repercusiones en ámbitos de la vida. Están particularmente afectados la vivencia del espacio y el tiempo en que se despliega la estructura, la construcción del cuerpo, la coordinación entre lo psíquico y lo somático y la relación con el semejante. Por esta razón, está también comprometido el vínculo con el otro, lo cual sumerge al sujeto en una dimensión de soledad en relación a sus vivencias que no puede compartir. La presencia del otro puede

resultar muy intrusiva y amenazante y desencadenar crisis de desesperación, agitación, agresiones, etc. Se ve afectado de forma especial por el vacío, el rechazo y la segregación en relación con la familia, compañeros y maestros que, por su parte, también se ven afectados, de una u otra forma, por la dificultad para entender su lógica y relacionarse con él. (Fundació Nou Barris, 2006).

Así, como hemos comentado en apartados anteriores, el papel fundamental de la institución para un paciente psicótico, sobre todo en las fases iniciales del trastorno, es ofrecerle un objeto de transición para ayudarlo a reintegrarse en el momento en que se sienten las primeras ansiedades psicóticas de desintegración y de pérdida de la coherencia o la identidad. (Hernández, 2008).

3.5.2. En la segunda infancia (6-12 años de edad)

Siguiendo a Fundació Nou Barris (2006), en esta etapa, el Trastorno Mental Grave (TMG) a menudo toma la expresión de los trastornos del comportamiento o de la conducta. La sintomatología presentada a veces resulta difícil de determinar debido a que la estructura de personalidad no está del todo definida. Asimismo, a veces presentan síntomas inespecíficos de angustia, humor y afectividad, e inhibiciones en las relaciones sociales o en el aprendizaje.

Desde un punto de vista psicodinámico, la segunda infancia, es el periodo en el que continúa la formación del yo y de la personalidad a partir de las identificaciones sociales. Es en esta etapa donde pueden aparecer trastornos con una clínica poco clara y, además, muchas veces se engloban bajo la idea de trastornos del comportamiento. Sin embargo, además pueden aparecer los primeros síntomas de los denominados trastornos del humor, es decir, de las psicosis que cursan síntomas de depresión o maníacos y la paranoia, no sistematizada como en la adolescencia.

En la segunda infancia, se trata de estados paranoides en los que no suele haber la presencia de un delirio, pero sí las ideas fijas y características, como por ejemplo “me quieren matar”, “se burlan de mí”, “me persiguen”, etc. Presentan una conducta reactiva destinada a apartarse de los otros para protegerse (no ir al colegio, no salir,...) o a defenderse (pegar, insultar,...). Por ese motivo, se enfatiza la importancia de hacer un diagnóstico precoz cuando aparecen esta clase de síntomas, o también cuando el sujeto presenta conductas de descarga motriz descontrolada, impulsividad excesiva, agresiones repetidas a sí mismos o a los demás, ausencia del sentido de las normas, conductas de riesgo, fugas, etc. o, por otro lado, manifestaciones conductuales opuestas, tales como la tristeza o inhibición, ideas persistentes relacionadas con la propia muerte o de su familia, restricciones alimentarias importantes, ideas hipocondríacas o de desconexión del entorno. Debemos prestar atención a estos síntomas porque pueden ser, precisamente, los posibles síntomas de un TMG en etapas posteriores.

La detección tardía de un trastorno psicótico, acostumbra a ser un drama para la familia: para entonces, a menudo los cuadros clínicos están tan estructurados que hay que pronosticar graves sufrimientos para el niño y su familia durante como poco, años. En muchos casos, la detección no se realiza hasta la pubertad o adolescencia; como pronto, en la segunda infancia, cuando ya se están produciendo alteraciones severas del comportamiento, fracaso escolar, TDAH u otros síntomas de inestabilidad emocional. Por ello, la detección precoz trata de evitar esos importantísimos sufrimientos tanto de los sujetos y sus familias, como de los profesionales asistenciales. (Tizón et al., 2008).

3.5.3. En la adolescencia

En esta etapa se producen cambios físicos y en la esfera psicológica y relacional, y se desarrolla la propia identidad individual y social, motivo por el que es un momento favorecedor de diversas patologías, como los brotes

psicóticos, la depresión, Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) y trastornos bipolares. (Fundació Nou Barris, 2006).

Puede ser la etapa de un inicio de un trastorno como tal, pero también el momento de descompensación de trastornos infantiles que permanecían estables. De este modo, se manifiesta la desconexión de la realidad y, en muchos casos, el inicio de la construcción de delirios o alucinaciones para entender el mundo. En otros casos, hay sujetos que presentan síntomas de inhibición, de aislamiento y desconexión de sí mismos y de los demás.

Es en esta etapa en la que se diagnostican trastornos graves de personalidad, de tipo límite o antisocial, que están relacionados con una problemática narcisista que produce fenómenos de fragilidad y extrañeza del yo, sentimientos de amenaza del otro, dificultad para dar respuesta a situaciones que, con frecuencia, manifiestan mediante el acto. No obstante, se sabe que muchos de estos pacientes pueden tener descompensaciones psicóticas a lo largo de su vida y, otros, en una precaria estabilidad mediante sus pasajes al acto.

En la adolescencia hay profundas mutaciones internas y externas y es la edad preferente de la aparición de la mayoría de las enfermedades psiquiátricas potencialmente crónicas que, al principio, no suelen tener todas las características clínicas. Por lo tanto, en este periodo es cuando el clínico debe investigar la dimensión psicopatológica de los síntomas que observa, así como su valor diagnóstico y pronóstico. También, debe tener presente la frecuencia de trastornos del estado de ánimo que aparecen en esta etapa, a menudo con características psicóticas engañosas. Así, es importante plantearse el valor de las manifestaciones premórbidas, los factores de vulnerabilidad o pródromos de la enfermedad con modos de tratamiento o medidas preventivas. (Botbol, Barrère y Speranza, 2004).

Se ha descrito la presencia de síntomas positivos, negativos y depresivos en la adolescencia, lo que muestra que la psicosis debe ser entendida como un continuum de variación de distintas dimensiones correlacionadas de síntomas

(Van Os, Hanssen, Bijl y Vollebergh, 2001; Stefanis et al., 2002). Hanssen, Bak, Bijl, Vollebergh y van Os (2005), plantean la presencia de estos síntomas como algo favorecedor de la continuidad de los mismos o de aumentar el riesgo de evolución hacia trastornos psicóticos. Estos síntomas denominados pseudos-psicóticos, a pesar de ser menos graves que los síntomas de un trastorno esquizofrénico, por su intensidad, persistencia, frecuencia y discapacidad asociada, se asocian con conductas violentas (Mojtabai, 2007), dificultades sociales y alteraciones del funcionamiento general (Rössler et al., 2007).

Cabe señalar que la revisión de la literatura sobre las tasas de prevalencia de las experiencias psicóticas en población adolescente sugieren que los síntomas psicóticos pueden ser un fenómeno psicológico frecuente en este grupo de edad debido a los procesos madurativos y del desarrollo, por lo que no tienen por qué relacionarse con una alteración psicopatológica ni con un mayor riesgo posterior de desarrollar trastornos del espectro esquizofrénico. Aun así, a pesar de que la mayor parte de las experiencias son de carácter transitorio y discontinuo, existe un porcentaje de sujetos que evolucionan de forma negativa a lo largo del tiempo. De este modo, los síntomas psicóticos se distribuyen a lo largo de un continuum de gravedad, cuya parte más extrema es la propia psicosis.

Además, la expresión de los trastornos psicóticos en la adolescencia, se produce normalmente a través de cambios en sus capacidades, en la personalidad o la conducta, especialmente cuando se refiere al adolescente como “no es el mismo de siempre”. El trastorno psicótico se manifiesta en forma de pensamientos, sentimientos y conductas extrañas, y también con un desinterés social y dificultad para experimentar placer. Asimismo, en ocasiones, se observa un deterioro gradual en actividades escolares o deportivas, en las relaciones sociales y en el cuidado personal. (Fonseca-Pedrero et al., 2009).

La persistencia de un trastorno psicótico durante las etapas adulta y adolescente se sitúa alrededor del 10-35%. (Fonseca-Pedrero et al., 2011). Es

importante señalar que, las experiencias psicóticas, deben interactuar con otros factores denominados de riesgo, tales como los ambientales, los hereditarios y/o los psicológicos, para derivar en un caso clínico de trastorno psicótico.

3.5.4. En la edad adulta

Otros trastornos mentales y enfermedades médicas generales pueden ser comórbidas con la esquizofrenia. Junto con las enfermedades médicas generales, el trastorno comórbido más frecuente sería el trastorno por abuso de sustancias. Con frecuencia, entre las sustancias de abuso se incluye el alcohol; estimulantes como la cocaína y las anfetaminas; la nicotina, el cannabis, la fenciclidina y el LSD. Este tipo de comorbilidades pueden empeorar el curso de la enfermedad y complicar el tratamiento.

Las personas con esquizofrenia también pueden experimentar síntomas de otros trastornos mentales, sobre todo depresión, pero también síntomas obsesivo-compulsivos, preocupaciones somáticas, síntomas disociativos y otros síntomas del estado de ánimo o ansiedad. (Mingote et al., 2007).

Siguiendo a los autores, en el diagnóstico diferencial una vez descartadas las causas orgánicas y tóxicas, se debe prestar atención al proceso psicopatológico de base, la forma de inicio y la duración del episodio.

Por ejemplo, el Trastorno Psicótico Breve, habitualmente de comienzo brusco, presenta a diferencia de los Trastornos Psicóticos Crónicos (esquizofrenia, paranoia) labilidad emocional, comportamiento extraño, gritos o mutismos y alteración de la memoria reciente. Los autores europeos centran el patrón sintomático en reacciones paranoides agudas, confusión reactiva, y extrema ansiedad-inquietud o depresión reactiva.

Del mismo modo, los delirios polimorfos, perplejidad y vivencias de despersonalización-desrealización con alucinaciones ocasionales sería otro

perfil, más propio de las descompensaciones psicóticas en los Trastornos de Personalidad Histriónicos graves.

De esta manera, si los síntomas psicóticos están presentes durante más de un mes, debemos pensar en la posibilidad de que se trata de trastornos crónicos. Además de la Esquizofrenia y la Paranoia ha de considerarse los Trastornos Esquizoafectivos, Trastornos Esquizofreniformes y Trastornos del estado Ánimo con síntomas psicóticos. En todo caso, se debe descartar previamente los Trastornos Psicóticos causados por enfermedad somática, Trastornos Psicóticos inducidos por tóxicos/medicamentos, los Episodios Psicóticos en los Síndromes de Abstinencia y los Trastornos Ficticios - Simulación.

Actualmente, sabemos que detectar un trastorno psicótico continúa siendo una tarea difícil. Además, la presencia activa de delirios y alucinaciones no tiene por qué alterar el comportamiento externo, aunque el pensamiento lo esté. Sólo las personas cercanas a la persona que sufre algún tipo de trastorno psicótico son los que detectan estas situaciones, ya que no suelen consultar. Son pocas las personas que reconocen que les suceden fenómenos extraños del pensamiento, siempre que conserven la capacidad de autoconocimiento. (Artigue y Tizón, 2012).

De ahí parte la necesidad de detectar Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) de psicosis para ayudar a aquellas personas que no reunirán el criterio diagnóstico de esquizofrenia según los manuales diagnósticos, sino que serán susceptibles de otros diagnósticos de Salud Mental (SM) (Yung, 2007).

En el Equipo de Atención al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP), se creó, precisamente, para captar aquella población que no consultaba a dispositivos de SM comunitarios. Por ello, se seguían los criterios de estudios europeos explorando biográficamente la evolución de los pacientes y la acumulación de factores de riesgo. Así, un diagnóstico bien entendido y realizado constituye el primer paso del tratamiento, además de la vinculación con el profesional de la SM, es fundamental para un buen abordaje terapéutico. De ahí que se dirigían primeras entrevistas a pacientes con un Primer Episodio Psicótico (PEP), con

una evolución en el tiempo menor de un año desde el primer diagnóstico; pacientes con un Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR); y/o menores de doce años con acumulación de factores de riesgo, denominados Menores Altamente Vulnerables (MAV), como por ejemplo hijos de pacientes con Trastorno Mental Severo (TMS) o de familias muy desestructuradas. (Artigue y Tizón, 2012).

En el presente estudio, la franja de edad de los pacientes se sitúa en la adolescencia. Cabe destacar que esta etapa del desarrollo evolutivo es la población diana de los inicios de un trastorno psicótico, es decir, de los Primeros Episodios Psicóticos (PEP), motivo por lo que en el EAPPP se estaba en contacto con los profesionales de la educación, los servicios sanitarios y los servicios sociales. Así, partiendo del seguimiento de la evolución y la vinculación de estos pacientes con el equipo y los servicios educativos, sanitarios y sociales, presentan un diagnóstico bien entendido y realizado.

3.6. MEDIDAS PREVENTIVAS EN PSICOSIS

3.6.1. Prevención y Atención Precoz a la psicosis

Estudios epidemiológicos recientes muestran que existe un periodo de tiempo antes de que los pacientes el tratamiento de su enfermedad, lo que se conoce como Duration of Untreated Psychosis (DUP) (McGorry et al., 1996; Häfner y Der Heiden, 1997; McGlashan, 1999; Johanessen et al., 2000; McGorry, 2000; Edwards y McGorry, 2004; Johanessen, 2004). Basado en Vallina, Lemos y Fernández (2006), este periodo de tiempo implica:

- El momento que va desde la primera aparición sintomática específica (como por ejemplo depresión, ansiedad o insomnio), hasta los primeros síntomas psicóticos atenuados (aislamiento social, suspicacia,...), lo que

se conoce como etapa prodrómica o Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR), que puede durar entre 2 y 5 años.

- El periodo que el paciente pasa con su sintomatología claramente psicótica, pero no recibe tratamiento, lo que se conoce como Duration of Untreated Psychosis (DUP)

Estos dos argumentos son los principales para justificar una intervención en los primeros momentos de desarrollo de un trastorno psicótico, debido a que se sabe que son dos factores fundamentales para el transcurso de la evolución de la enfermedad. Además, se conoce que los pacientes en riesgo de padecer un trastorno psicótico tienen un elevado índice de abandono del tratamiento (Turner, Boden, Smith-Hamel y Mulder, 2009), por lo que desplegar estrategias para reducir la DUP e intervenir de la manera más precoz posible es un objetivo necesario y prioritario para la atención en Salud Mental (SM) (Tizón, 2009).

La intervención precoz puede, de este modo, contribuir a evitar un deterioro biológico, social y psicológico que puede producirse, generalmente, en los años posteriores al comienzo de un trastorno psicótico. **Si se interviene de manera precoz, se promueve** (basado en Birchwood y MacMillan, 1993):

- Disminución de la morbilidad
- Recuperación más rápida
- Conservación de las habilidades psicosociales y del apoyo familiar
- Mejor pronóstico
- Menor necesidad de hospitalización.

Por el contrario, un retraso en el tratamiento puede implicar:

- Recuperación más lenta y menos completa
- Peor pronóstico
- Aumento del riesgo de depresión y suicidio
- Interferencias en el desarrollo psicológico y social
- Aumento de las tensiones interpersonales
- Pérdida del apoyo familiar y social
- Alteración de las habilidades parentales del paciente en caso de que tenga hijos
- Angustia e incremento de los problemas psicológicos en el grupo familiar
- Irrupción de los estudios o actividad laboral
- Aumento de abuso de sustancias
- Aumento de conductas violentas
- Hospitalización innecesaria
- Pérdida de la autoestima
- Coste del tratamiento

Por los motivos expuestos, delimitar un cuadro prodrómico antes de un estado psicótico es el primer paso para la prevención, como medida de detección de estos pacientes y la disminución del sufrimiento individual, familiar y social que conlleva (Tizón, 2009). Así, los programas de la salud pública destinados a la prevención e intervención de pacientes con un Primer Episodio Psicótico (PEP), actualmente ofrecen condiciones de tratamiento documentados e información para los pacientes y sus familiares.

De este modo, conocer el curso longitudinal de un trastorno psicótico es una información crucial para los propios pacientes, la familia, los médicos e investigadores. Así, se define la intervención precoz como la atención dirigida a conocer la evolución de los individuos identificados por su alto riesgo de contraer un trastorno psicótico (Mrazek y Haggerty, 1994).

Sin embargo, la intervención precoz es un concepto que puede conllevar confusiones: (Edwards y McGorry, 2004)

- Hasta un 85-90% de los pacientes con un Primer Episodio Psicótico (PEP) pueden alcanzar una remisión total o parcial de los síntomas psicóticos positivos dentro de un lapso de 12 meses desde el inicio del tratamiento.
- El curso precoz de un trastorno psicótico es variable y proclive a recaídas (un 80% de lapso en 5 años). Así, la mayoría de pacientes debe continuar el tratamiento farmacológico durante al menos 12 meses después de la recuperación de un PEP.

De este modo, se sabe que no existe una base etiopatológica para el diagnóstico de trastornos psicóticos, motivo por el que estos sólo pueden diagnosticarse por sus síntomas o combinaciones de síntomas. Asimismo, no se conocen factores de riesgo causales maleables que predigan específicamente la aparición de un trastorno psicótico. La propia psicosis es un síndrome variable, definido por la presencia de síntomas psicóticos positivos, en especial, delirios y alucinaciones, y que suele presentar una o más comorbilidades, como síntomas negativos, síndromes del estado de ánimo, trastornos de la personalidad, trastornos de abuso de sustancias o enfermedades clínicas. Además, la predominancia relativa de síntomas positivos y comorbilidades varía, lo que da lugar a un grupo muy heterogéneo de pacientes, de manera que en los programas de abordaje precoz de las psicosis se precisa un espectro más amplio de recursos clínicos que en los programas más acotados para el tratamiento de la esquizofrenia. (McGorry, Killackey y Yung, 2008).

Siguiendo a los autores, **se distinguen tres estadios de la psicosis precoz:**

Estadio 1, riesgo ultraelevado: Se sabe que en los trastornos psicóticos existe un estadio prepsicótico precoz en el que se produce gran parte de los daños psicosociales colaterales. Hablamos de un estadio prodrómico, precursor del estadio psicótico, en el que también se producen falsos positivos del 60-80%, que se convierten en casos positivos de otros trastornos, como la depresión o la ansiedad.

Es, en el estado 1, el punto más precoz donde se conciben las intervenciones preventivas de la psicosis. Sin embargo, en la actualidad se sabe que la mayoría de los casos de Primer Episodio Psicótico (PEP), han sido pasados por alto en la fase prodrómica.

Estado 2, detección y tratamiento de un PEP: Se divide en dos momentos; el previo y el posterior a la detección de la psicosis. El objetivo es reducir la psicosis no tratada o Duration of Untreated Psychosis (DUP) (McGorry et al., 1996; Häfner y Der Heiden, 1997; McGlashan, 1999; Johanessen et al., 2000; McGorry, 2000; Edwards y McGorry, 2004; Johanessen, 2004). Después de la detección, los objetivos de la intervención son la implicación del paciente, su familia o ambos y el inicio de los tratamientos farmacológicos y psicosociales. Durante las primeras semanas y meses de tratamiento se suministran intervenciones intensivas destinadas a una recuperación sintomática y funcional máxima y a la prevención de las recaídas. Asimismo, diversos estudios han establecido que una DUP más prolongada es tanto un marcador como un factor de riesgo, independientemente de una mala evolución.

Estadio 3, período crítico de los cinco primeros años tras el tratamiento: El objetivo es el manejo de una medicación eficaz y el uso de intervenciones psicosociales efectivas para disminuir el desarrollo de discapacidades y potenciar el funcionamiento.

Más allá del Primer Episodio Psicótico (PEP), durante los primeros 2-5 años posteriores al diagnóstico son muy importantes para predecir la evolución a largo plazo y la posibilidad de recuperación. Es un período de riesgo máximo de disgregación, recaídas y suicidio, coincidiendo con una mayor dificultad para crear una identidad estable, relaciones de amistad y de pareja y preparación laboral. Por ese motivo, es necesario maximizar las oportunidades de implicación, continuidad de la atención, cambios apropiados en el estilo de vida, cumplimiento del tratamiento, apoyo familiar y recuperación laboral.

La mayor parte de los trastornos mentales de tipo adulto, como los trastornos psicóticos, se instauran y presentan un mayor impacto a finales de la adolescencia y la edad adulta. Una mayor focalización en la intervención precoz resolvería muchos de los temas de segundo orden planteados en el proceso de reforma de la psicosis precoz, como la incertidumbre diagnóstica a pesar de una clara necesidad de atención, los estigmas y la implicación del paciente y la familia, y debería ser más eficaz en movilizar el apoyo comunitario para invertir y reformar la salud mental. (McGorry, Killackey y Yung, 2008)

Este planteamiento implica mejorar estrategias de captación de los servicios de Atención Primaria (AP) de salud, incluyendo la ayuda de la propia persona y la disponibilidad de servicios de atención en salud mental especializados (Johannessen, Martindale y Cullberg, 2006). Su mejora se puede desarrollar mediante la sensibilización de la población sobre el síndrome y el trabajo en red con los diferentes equipos de los servicios comunitarios (Krstev et al., 2004). En nuestro entorno, se ha estudiado como el trabajo con las redes comunitarias sociales y pedagógicas mejoran la detección de casos de Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) (Quijada, Tizón, Artigue y Parra, 2010).

3.6.2. Niveles de prevención en psicosis

Actualmente los principios de la psiquiatría comunitaria coinciden en una preocupación no sólo por la curación de una enfermedad, sino por una

perspectiva integradora de la promoción e intervención primaria de la salud, la prevención secundaria y la rehabilitación, la integración de los ciudadanos en la atención sanitaria, social y comunitaria y la consideración de la calidad de vida subjetiva del enfermo y las personas de su entorno, teniendo presente conceptos como la resiliencia y la recuperación. La comunidad se organiza para la defensa de los derechos de los pacientes mentales, la integración del saber popular (grupos de autoayuda, etc.) y el reconocimiento de la importancia de las actividades intersectoriales entre los diferentes proveedores de servicios (sociales, sanitarios y comunitarios). Basado en Vallina, Fernández y Lemos (2012) y en referencia a los niveles de prevención, se distinguen los siguientes:

- ✚ **Nivel de prevención primaria:** se reduce la incidencia, se promueven medidas inespecíficas (de contenido de salud mental en general) y específicas (programas de prevención de riesgos determinados, como por ejemplo las toxicomanías) para prevenir un trastorno psiquiátrico. La prevención primaria abarca el fomento de la salud, la educación sanitaria y la intervención en situación de crisis. Por lo tanto, exige el conocimiento previo de la situación sanitaria comunitaria y, sobre todo, la detección y estudio de los grupos de riesgo elevado.

- ✚ **Nivel de prevención secundaria:** se reduce la prevalencia, se enfatiza la detección precoz y el tratamiento reparador. Se trata de ir más allá del diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz, por lo que se enfatiza el aumento de la disponibilidad y adecuación de los servicios para que estén al alcance de toda la población. En ese sentido, es necesaria una logística de utilización óptima de los recursos.

- ✚ **Nivel de prevención terciaria:** se reducen las secuelas de la enfermedad y se promueve la rehabilitación y reinserción social. La rehabilitación psicosocial surge de carencias y técnicas asistenciales

anteriores y enfatiza la creación de herramientas para la recuperación de las habilidades de la propia persona con la mejor calidad posible.

Se deben identificar a los pacientes crónicos mediante la vinculación de los programas con recursos sociales normalizados, la atención a la integridad funcional del individuo (medicación, psicoterapia, rehabilitación, socialización,...), la utilización de personal con formación y motivación, la adaptación del programa al individuo y el establecimiento de mecanismos de evaluación interna.

En estos tres niveles de prevención, se generan acciones específicas que contribuyen al control de la enfermedad y sus secuelas en diferentes etapas de su evolución. Cuanto más precoz sea la medida preventiva, más efectividad tendrá en el desarrollo de la enfermedad. (Redondo, 2004).

3.6.3. Atención Primaria de salud (AP)

La Atención Primaria (AP) de salud es el primer punto de acceso a la asistencia sanitaria. Al resto de servicios públicos se accede por interconsulta desde la AP, excepto en urgencias hospitalarias, a las cuales se puede acceder directamente en caso de necesidad de una atención de emergencia (Generalitat de Catalunya, 2013).

El Centro de Atención Primaria (CAP) es el primer lugar donde hay que ir en caso de un problema de salud o cuando se quiere prevenir alguna enfermedad.

El CAP ofrece asistencia sanitaria y social, así como también servicios de promoción de la salud, de atención preventiva y curativa rehabilitadora. En el caso de los pueblos más pequeños, sin CAP, la AP se ofrece en consultorios locales (centros de las áreas rurales donde el equipo de Atención Primaria se desplaza para ofrecer la atención sanitaria básica).

El CAP está formado por un equipo de AP, la unidad de atención al usuario y otras consultas de atención especializada y servicios de diagnóstico por imagen, en algunos centros.

El Equipo de Atención Primaria (EAP) está formado por un conjunto de profesionales de la medicina de familia, psiquiatría, enfermería, odontología, trabajo social y de atención al ciudadano, orientado para ofrecer una atención integral y fomentar los hábitos saludables, la prevención y la orientación en la asistencia social. Además, cada EAP da un servicio a una población determinada de referencia, denominada Área Básica de Salud (ABS).

Los servicios que se ofrecen en el CAP, consisten en:

- Diagnóstico y atención a los principales problemas de salud agudos y crónicos.
- Actividades de prevención (detección precoz de enfermedades, etc.) y promoción de hábitos saludables.
- Atención personalizada de confianza.
- Información y consejos sanitarios y asistenciales.
- Servicio de atención a domicilio para aquellas personas que no pueden desplazarse al CAP o consultorio local debido a su estado de salud.
- Atención urgente o continuada.
- Atención sexual y reproductiva.
- Atención comunitaria.

Por otro lado, cabe destacar que, cuando un problema de salud requiere unos servicios más complejos de los que se puede establecer desde el CAP, el EAP se encarga de hacer una interconsulta al recurso asistencial más apropiado para cada caso. Por ejemplo, para realizar pruebas diagnósticas o consultar otros servicios especializados.

Hay, además, otros servicios de atención especializada considerados dentro del ámbito comunitario que no requieren internamiento.

Se proporciona una atención especializada ambulatoria de apoyo a la Atención Primaria de salud, la cual es esencial en la detección precoz y la atención de problemas de salud mentales leves, como la ansiedad o depresión. En cambio, las personas con trastornos mentales más graves son derivadas a equipos especializados en los Centros de Salud Mental (CSM) para niños y adolescentes hasta los dieciocho años (Centros de Salud Mental Infanto Juveniles, CSMIJ), y los CSM para Adultos (CSMA) para los mayores de edad.

Por otro lado, hay servicios de hospitalización psiquiátrica donde atienden a personas con enfermedad mental o adicciones, en situación de crisis o desestabilización psicopatológica grave, que requieren atención intensiva y continuada en régimen de internamiento total (24 horas) o parcial (exclusivamente diurno). Estos servicios están ubicados en hospitales generales, en centros sociosanitarios autorizados o en centros monográficos. Asimismo, disponen de recursos para la atención a las urgencias psiquiátricas, hospitalización para pacientes en fase aguda y unidades diferenciadas para la atención de pacientes en fase aguda, subaguda y pacientes crónicos. También hay dispositivos específicos para pacientes con patología dual (con trastornos mentales y adicciones, o con co-morbilidad con discapacidad intelectual) que necesitan hospitalización.

Otro servicio de atención especializada considerado dentro del ámbito comunitario que no requiere internamiento son los Centros de Día. Se caracterizan por ser espacios relacionales y terapéuticos que permiten que los usuarios sigan integrados en su medio sociofamiliar. Están enfocados a la rehabilitación psicosocial de las personas con trastorno mental severo o grave, con cierta autonomía y estabilidad de la enfermedad y que no presentan situaciones de descompensación aguda. Del mismo modo, ofrecen apoyo psicosocial y psicoeducativo a las familias pero, sobre todo, se encargan de la rehabilitación de las capacidades personales y sociales para potenciar la máxima autonomía posible y así promover la inserción social y laboral.

En referencia a las personas con problemas de adicción, pueden recibir tratamiento ambulatorio especializado en los Centros de atención y

seguimiento de las drogodependencias, los cuales valoran la opción de utilizar recursos como las comunidades terapéuticas o las unidades hospitalarias de desintoxicación.

En resumen, como se puede observar, la Atención Primaria (AP) tiene un papel fundamental en la detección precoz y la atención de problemas de Salud Mental (SM). Asimismo, cabe señalar que los trastornos mentales constituyen uno de los problemas de salud más frecuentes que los profesionales de AP atienden en la consulta.

Los pacientes afectados por una psicosis y sus familiares y allegados son consultantes frecuentes en AP. A menudo es el médico de familia quien recibe las primeras comunicaciones del paciente e información sobre los síntomas por parte de la familia. En la medida en que los pacientes con psicosis puedan mantener sus niveles de autonomía social y relacional, consultan y consultarán más frecuentemente en AP. Del mismo modo, los familiares, a raíz de su angustia y de búsqueda de orientación y contención, también preguntarán frecuentemente al médico de familia y más al que manifiesta interés personalizado por sus pacientes. (Tizón, 2009).

Actualmente se sabe que, antes de un primer contacto con los servicios de SM, las personas que padecen un trastorno psicótico llevan tiempo sufriendo y emitiendo síntomas, periodo que oscila entre meses y/o años dependiendo del caso. Por lo tanto, el sufrimiento mental del propio paciente y su entorno, acumulado durante este periodo de tiempo, el elevado consumo de drogas de individuos con psicosis no tratada y el progresivo deterioro neuronal son argumentos más que importantes para realizar una detección precoz. Cuanto menor es el periodo de duración de la psicosis no tratada, mayor es la frecuentación de dichos pacientes a los centros de Atención Primaria (AP), la cual va disminuyendo a medida que se prolonga el tiempo sin recibir tratamiento (Skeate, Jackson, Birchwood y Jones, 2002).

Por esos motivos, diversos estudios señalan la relevancia de sospechar de la existencia de un trastorno psicótico desde la AP (Lester, 2001; Mandel, Gozlan

y Hamelin, 2005). En la práctica, uno de las principales dificultades en la evolución esquizofrenia y otras psicosis es precisamente el retraso en el diagnóstico y el inicio del tratamiento. Se conoce que el tiempo transcurrido desde los primeros síntomas psicopatológicos definidos y detectables y el tratamiento de pacientes con esquizofrenia debe ser el mínimo posible debido a que su retraso supone un peor pronóstico y un tratamiento menos efectivos. (Orygen, Youth Health, 2002).

Diversas investigaciones trabajan sobre la idea de un marcador determinado que pueda predecir el desarrollo posterior, pero hasta el momento no se han encontrado. En la detección desde la infancia, los estudios más aproximados son, posiblemente, los de Olin y colaboradores, que determinan la importancia de las calificaciones de los comportamientos de los niños realizados por tutores e informes escolares. (Tizón, 2009). Asimismo, hay instrumentos para poder realizar la exploración de posibles trastornos mentales desde la infancia, como el ARBB (Guedeney, Charron, Delour y Fermanian, 2001; Guedeney, Fermanian, 2001), el CBCL (*Children's Behaviour Checklist*) (Achenbach, 1992), el RCQ de la propia Organización Mundial de la Salud, OMS, (Tizón y Ciurana, 1994; Tizón et al., 1997; Tizón et al., 2003) y el LISMEN (Artigue, 2013), entre otros.

La dificultad radica en que es poco probable que en la Atención Primaria (AP) se utilicen estos instrumentos, por lo que es necesario prestar atención a las posibles señales de alarma desde la misma AP. Así, es importante tener en cuenta los factores de riesgo y desarrollo psicosocial, ya que sabemos que los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, muestran dificultades importantes en distintas áreas del funcionamiento (Tizón, 2009; González-Ortega et al., 2011).

Por ejemplo, se sabe que sobre la personalidad de los pacientes que consultan en AP comienzan a producirse cambios a lo largo de varios meses; va mostrando ideas estrafalarias, obsesiones por cuestiones abstractas, místicas, y su vida social y laboral se va deteriorando. Asimismo, la conducta, las percepciones y la afectividad se van volviendo paulatinamente más extrañas.

Así, en casos en que el paciente experimenta alucinaciones, expresa una actitud variable; al principio puede expresar sorpresa, angustia y temor, o incluso hay casos en que las ocultan, por lo que la proximidad del médico les tranquiliza. Lo importante, pues, es tener en cuenta que, aunque la sintomatología de los enfermos psicóticos puede parecer muy clara y abigarrada, hay casos en los que es necesario que el médico de Atención Primaria explore bien los cambios sutiles para tomar las medidas oportunas (Piedra, 2002).

En los casos en que los médicos de AP se encuentran ante un paciente que padece esquizofrenia, coinciden en darse cuenta del contenido absurdo de sus ideas y de su conducta, de la ausencia del sentido crítico ante los fenómenos perceptivos y la ausencia de la lógica en el curso del pensamiento. Señalan una sensación de extrañeza e incomodidad que produce la sensación de la presencia de un paciente con esquizofrenia. En cuanto al aspecto general, coinciden en un abanico amplio de características; un aspecto descuidado y desaseado o extremadamente acicalado; actitudes autistas o de respuestas cortas con inmovilidad; o bien agitación. (Piedra, 2002).

Por otro lado, para el diagnóstico se precisa, además de la evolución del estado mental del paciente, su historia clínica. Está descrita una historia premórbida típica, aunque no constante. Persona joven, con personalidad retraída, introvertida, aislada, tal vez algo extraña, de personalidad esquizotípica (pensamiento mágico y presencia de ilusiones y percepciones particulares) o esquizoide (frialidad emocional, desinterés por el entorno y aislamiento social). También señalan una infancia con poco amigos y preferencia de juegos individuales en lugar de colectivos. Desde hace años, se apunta la importancia del tratamiento precoz de los niños que presentan déficit funcional y relacional y se asocia las intervenciones precoces a un resultado positivo (Meissels y Shonkoff, 1990). Además, los resultados se observan cuando el tratamiento no solo es farmacológico sino también centrado en el apoyo y contención psicosocial de las familias y allegados. (Manzano, 2001; Mental Health Europe- European Comisión, 2000; Tizón, 2001; Manzano y Palacio-Espasa, 2007).

Una de las causas de que los pacientes y familias no sean tratados es por la dificultad que los jóvenes pueden tener para consultar y también por el estigma con el que son vistos los servicios de Salud Mental (SM). Por ello es importante realizar las entrevistas en el lugar más aceptable para el paciente y familia, como por ejemplo el domicilio o desde Atención Primaria (AP) (Bravo et al., 2009).

La AP puede desempeñar un papel relevante en el nuevo concepto de abordaje de trastornos psicológicos, considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una prioridad sanitaria, económica y social; la prevención y el abordaje precoz son retos necesarios en los que el primer ámbito de atención puede tener un papel clave; del mismo modo, la corresponsabilidad de los profesionales de la SM y de AP en el seguimiento de estos pacientes permitirán su tratamiento en contextos más integrados en la familia y la comunidad. La accesibilidad, la continuidad de la atención y las múltiples posibilidades de contacto hacen de la AP el lugar idóneo para la detección de factores de riesgo y situaciones de vulnerabilidad, como las crisis psicosociales o las situaciones vitales estresantes y conflictos, potencialmente generadores de problemas de Salud Mental (SM). (Fernández et al., 2007).

Las primeras entrevistas deben ir dirigidas a aclarar el motivo de demanda, proporcionando un ambiente acogedor, sin prejuicios y promoviendo preguntas abiertas: “¿Qué le ha traído aquí?”; “¿Cómo se siente?”; “¿Cómo va el trabajo, la escuela?”; “¿Tienes confianza con tus padres?”. Si el paciente acude acompañado es aconsejable buscar el momento más oportuno para pactar una entrevista a solas. Más adelante, cuando esta vinculación se haya establecido estará indicado introducir en la entrevista preguntas más cerradas como: “¿Siente que le ocurre algo extraño?”; “¿Ha pensado que pueda tener un problema importante?”; “¿Tiene dificultades en la relación con los demás?”; “¿Ha notado alguna vez alguna voz que otros dicen no oír?”. Estas preguntas y la observación clínica sistematizada de los aspectos paraverbales ayudan al profesional a situarse en un contexto donde orientar los principales aspectos a explorar, como el funcionamiento social, el estado cognitivo, el estado de ánimo y el curso del pensamiento, así como también el posible consumo de drogas.

Una vez orientado el caso se debe plantear la necesidad de derivar al paciente a los servicios de Salud Mental (SM) en el momento más oportuno. Es habitual que el paciente se niegue abiertamente a tal derivación o diga que se lo pensará. En este punto existe la posibilidad de que el paciente no acuda posteriormente por síntomas médicos diversos. En caso de que el paciente acepte, es aconsejable establecer una derivación a estos servicios pero mostrando la disponibilidad e interés por seguir viendo al paciente para saber su situación. En cambio, si el paciente no acepta, es conveniente mantener la disponibilidad y dejar abierta la posibilidad de que medite la necesidad de ser derivado a SM y concertar una entrevista en unos días o semanas. Asimismo, es conveniente realizar una interconsulta con los profesionales de SM comunicando el caso y procurar contactar con algún familiar para que mantenga informado al médico de familia de forma periódica.

En algún caso, cuando se cumplen los criterios diagnósticos y el médico no tiene dudas de que se trata de una esquizofrenia (u otras psicosis) puede estar indicado iniciar un tratamiento con neurolépticos, con la idea de reducir la ansiedad y los síntomas positivos y derivar al paciente en una segunda fase. Se debe tener en cuenta que cuidar los aspectos de la relación entre el profesional de AP y la persona con el diagnóstico de psicosis es lo que mejor puede facilitar y mantener el vínculo asistencial a corto y a largo plazo. (Ciurana, 2011).

3.6.4. Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP)

La clínica de los equipos de atención precoz de al menos tres continentes apunta a la importancia del tratamiento precoz de los niños, púberes y adolescentes que presentan déficits funcionales y relacionales. Y muestra también, cada vez con mayor frecuencia, importantes resultados positivos tanto de numerosas intervenciones precoces en la infancia (Who-OMS, 2005) como del tratamiento precoz de las psicosis y los pródromos de psicosis (Zabala,

1993; Martindale y Bateman, 2000; Manzano, 2001; Edwards y McGorry, 2004; Jané-Llopis, 2004; Who-OMS, 2005; García-Ibáñez y Tizón, 2006). Además, los resultados preventivos se observan cuando los tratamientos no son meramente farmacológicos y, cuando, además de realizar el necesario apoyo psicológico del niño, púber o adolescente, se centran en el apoyo y contención psicosocial de la familia y los núcleos vivenciales naturales de desarrollo del niño (Tizón, 2000; Manzano, 2001; Who-OMS, 2005), lo que se conoce como “terapia combinada” en la que el tratamiento se adapta a las necesidades del paciente y sus familiares dentro de la comunidad.

Todo eso hace pensar en la necesidad de instaurar procedimientos y equipos para la detección y atención precoz de los pacientes y las familias que están padeciendo esas graves y dolorosas situaciones, algunas de las cuales pueden desembocar en una psicosis luego. Los equipos nórdicos fueron pioneros en este campo, así como los australianos y algunos británicos. En España, el Programa de Prevención de las Psicosis de Cantabria tiene trece años de existencia (se inició en el año 2000). En el caso de Catalunya, se presentó al Programa de Salud Mental del Departamento de Salud un anteproyecto, en 1999, de lo que se denominaba PAIPP (Programa de Atención Integral al Paciente con Psicosis), en el que se hacía hincapié en las actividades preventivas y de atención precoz integral (Tizón, 1999); y en el año 2004, se presentó el Proyecto de Equipo de Atención Precoz a los Pacientes con Psicosis (EAPPP), que realizó sus primeros pasos a partir de octubre de 2005 y, con el programa integrado en marcha y el personal adscrito, comenzó a rodar el 1 de Junio de 2006.

Además, cabe señalar la dificultad de detección y tratamiento de un trastorno psicótico cuando solamente han aparecido algunos síntomas en positivo, mientras que la presencia de delirios y alucinaciones no tiene por qué ser motivo de alteración del comportamiento externo a pesar de que estén en el pensamiento interno. Debido a los fenómenos extraños a las mismas personas que lo padecen y la conservación de su capacidad de autoconocimiento, no suelen consultar a los servicios. De ahí, la necesidad de disponer de dispositivos que detecten Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) de

psicosis, es decir, a los pacientes con clara sintomatología y que necesitan algún tipo de ayuda, incluso los que no reúnen criterios para un diagnóstico de trastorno psicótico. Así, el EAPPP se presentaba como un servicio para captar la población que no consulta a los dispositivos de Salud Mental (SM) comunitarios, ofreciendo una vía de entrada más para la red de SM. (Artigue y Tizón, 2012).

Uno de los objetivos del EAPPP era dedicar un equipo, unas actividades y un tiempo a transformar la actividad de los profesionales, los dispositivos y el pensamiento de administradores y políticos en el sentido de hacer hincapié en la prevención primaria y secundaria y no sólo en las actividades rehabilitadoras de atención y prevención terciaria e institucional. (Tizón, 2009).

El EAPPP estaba formado por un director, el Dr. Jorge L. Tizón, un psicólogo, dos psiquiatras con formación psicoterapéutica y experiencia en el tratamiento de pacientes con psicosis, una trabajadora social especializada en visitas domiciliarias, un secretario/a en cada turno y un técnico de salud e investigación psicosocial a media jornada; personal calculado para una zona geodemográfica de 100.000 habitantes.

En el EAPPP se **realizaban tareas asistenciales específicas que se priorizan y enfatizan en estudios revisados sobre psicosis incipiente:**

- Detección comunitaria precoz en Sujetos en Riesgo de Psicosis (SRP), denominados Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR).
- Detección de Menores Vulnerables (MV): menores de 12 años con acumulación de factores de riesgo, como por ejemplo hijos de pacientes con Trastorno Mental Severo (TMS).
- Detección de Primeros Episodios de Psicosis (PEP): de evolución menor a un año desde el primer diagnóstico y según los grupos de diagnóstico

señalados en el documento del Programa de Atención Específica al Trastorno Psicótico Incipiente (Lalucat y Tizón, 2007).

En cuanto a los objetivos generales del EAPPP, eran los siguientes:

- Disminución del sufrimiento individual, familiar y social que supone tanto en la duración de los pródromos del primer episodio de psicosis (de 2 a 5 años), como la cronificación de un trastorno psicótico, vinculado actualmente a la ayuda integral de los pacientes y sus familiares.
- Disminuir los costes sociales de los trastornos esquizofrénicos.

Por otro lado, los objetivos específicos consistían en:

- Detección precoz de los pacientes y sus familiares que padecían durante años los primeros síntomas, pródromos o el tema psicótico inicial.
- Atención psicosocial y psiquiátrica integral precoz, con la finalidad de reducir los índices de cronicidad, cronificación medicalizada y costes sociales del trastorno. Se sabe que, en algunos casos, la realidad asistencial implica que se apliquen sólo tratamientos biológicos, por lo que es importante integrar los diferentes dispositivos terapéuticos para pacientes con psicosis de su área de influencia.

La actividad realizada por el EAPPP ha sido llevada a cabo con los equipos de las Áreas Primarias de Salud (APS), los equipos de urgencias y equipos pedagógicos, sociales e instituciones comunitarias, etc. Asimismo, **se han promovido tareas tales como:**

- Visitas a domicilio, en el Centro de Atención Primaria (CAP) o en el propio equipo para establecer un vínculo terapéutico con el paciente o con el paciente y los familiares.
- Intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales. En casos en que no resultaban ser pacientes psicóticos o EMAR se aplicaban medidas psicosociales de urgencia (en caso necesario) y se vinculaban con su CAP y/o Centro de Salud Mental (CSM) correspondiente.
- Delimitación precoz de los grupos globales de pacientes con trastornos psicóticos y pródromos. Se estimaba un 30-40% de Primeros Episodios Psicóticos (PEP) de los casos detectados.
- Seguimiento clínico mediante protocolos de investigación empírica de la cohorte “Grupo de intervención” (entre 3 y 5 años). La incidencia estimada del servicio era de 10 a 30 pacientes y familiares al año por 100.000 habitantes en el caso de PEP y entre 30 y 150 pacientes y familiares en el caso de SRP.
- Actividades de coordinación con otros servicios (CAP y CSM correspondiente o circuito correspondiente).
- Programas de prevención para hijos de pacientes diagnosticados de Trastornos Mentales Severos (TMS).
- Actividades de formación y supervisión de profesionales.
- Actividades docentes y de investigación para estudiar y mostrar la realidad cotidiana de pacientes con estas características en nuestra sociedad.

Los procedimientos básicos utilizados eran las interconsultas, que consistían en ofrecer un espacio grupal en el que se ponían en común todos los procesos relacionales y asistenciales, lo que promovía a la reflexión sobre las demandas y expectativas entre servicios. Se realizaban a nivel sanitario, con médicos y enfermeras de medicina familiar y pediatras y enfermeras pediátricas. Asimismo, se realizaban interconsultas con los servicios sociales de cada barrio y los Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia (EAIA). A nivel educativo, se realizaban también interconsultas con los Equipos de Asesoramiento Psicopedagógico (EAP) de los centros y se ofrecía el denominado Taller de Sensibilización a la Salud Mental (SM) (Manzano y Oriol, 2008), técnica destinada al espacio de tutoría, en la que se combinaba un cuestionario de percepción de salud, un espacio de lluvia de ideas sobre la SM, una experiencia de dinámica grupal sobre una temática y se ofrecía una breve entrevista personal a quien lo requiriera. Precisamente, la vinculación con estos servicios permitía, mediante unos procedimientos específicos, a través de puntuaciones de cuestionarios y de impresiones clínicas, detectar aquellas personas que presentaban síntomas depresivos, aislamiento o una falta de motivación escolar y/o laboral, mostrando pocas habilidades relacionales; síntomas que coinciden con los propuestos de ámbito nacional como identificadores de EMAR. (Artigue y Tizón, 2012).

Más allá del juicio clínico, se procedía a objetivar los síntomas y las variables personales, por lo que se utilizaban los cuestionarios siguientes: el cribado Erizaos (rellenado por el personal derivante), el autoadministrado GHQ-28 de percepción de salud, la escala PANSS de Peralta y Cuesta (1994) de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, la entrevista semiestructurada de síntomas prodrómicos SIPS/SOPS de Lemos, Vallina y Fernández (2006), la escala de calidad de vida QLS de Heinrichs, Hanlon y Carpenter (1984), adaptada al castellano por Rodríguez et al. (1995), y un listado de factores de riesgo en la infancia y adolescencia LISMEN de Artigue (2013), relleno en entrevista como mínimo con un miembro familiar con conocimiento de detalles de la crianza. Asimismo, se pedían pruebas diagnósticas para descartar un posible trastorno mental debido a una enfermedad orgánica. (Artigue y Tizón, 2012).

Por otro lado, cabe destacar la intervención no sólo individual del propio paciente, sino también el tratamiento familiar y la realización de grupos. Ofrecer un espacio al propio paciente y a sus familiares, ayuda a la psicoeducación de las familias y a los propios pacientes para entender el propio trastorno y sus consecuencias, recogiendo las ansiedades que se manifestaban en dichos espacios y promoviendo la contención. Además, las visitas domiciliarias efectuadas para mostrar el acercamiento, entendimiento y su posible tratamiento, ayudaba también a la comprensión de los propios pacientes y sus familiares.

4.FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

En este apartado se presentan los objetivos y el diseño del estudio transversal descriptivo de evaluación de la percepción de la calidad de vida, características clínicas y condiciones psicosociales según el diagnóstico establecido de los pacientes con Psicosis Incipiente (PI); Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) o Primer Episodio Psicótico (PEP). 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.

4.1. Diseño

El estudio es transversal descriptivo, realizado con pacientes atendidos por el Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP), del Institut Català de la Salut (ICS) de Barcelona. Se han obtenido los primeros datos de los pacientes, atendidos entre los años 2006 y 2011.

4.2. Ámbito de estudio

El Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP) trabajaba en una zona sanitaria delimitada de la ciudad Barcelona, con una población asignada de 83.746 habitantes, en estrecha colaboración con el sector de servicios sanitarios de captación (primario, secundario y terciario, incluidos los servicios de Salud Mental), los servicios de educación (psicopedagogía, equipos de atención y centros de educación primaria y

secundaria) y los servicios sociales (equipos de atención preventiva, servicios sociales de Atención Primaria e instituciones de justicia para la protección de la juventud en situación de riesgo). Dentro de esta red social, el EAPPP trata de estimular la implicación de todo tipo de profesionales de los Servicios a la Comunidad en la detección y tratamiento, tanto a nivel preventivo como formativo. Concretamente, el EAPPP el distrito de St. Martí de la ciudad de Barcelona (ver figura 2, figura 3 y figura 4).

Figura 2 – Mapa de los distritos de Barcelona



Figura 3 – Mapa de los barrios de Barcelona

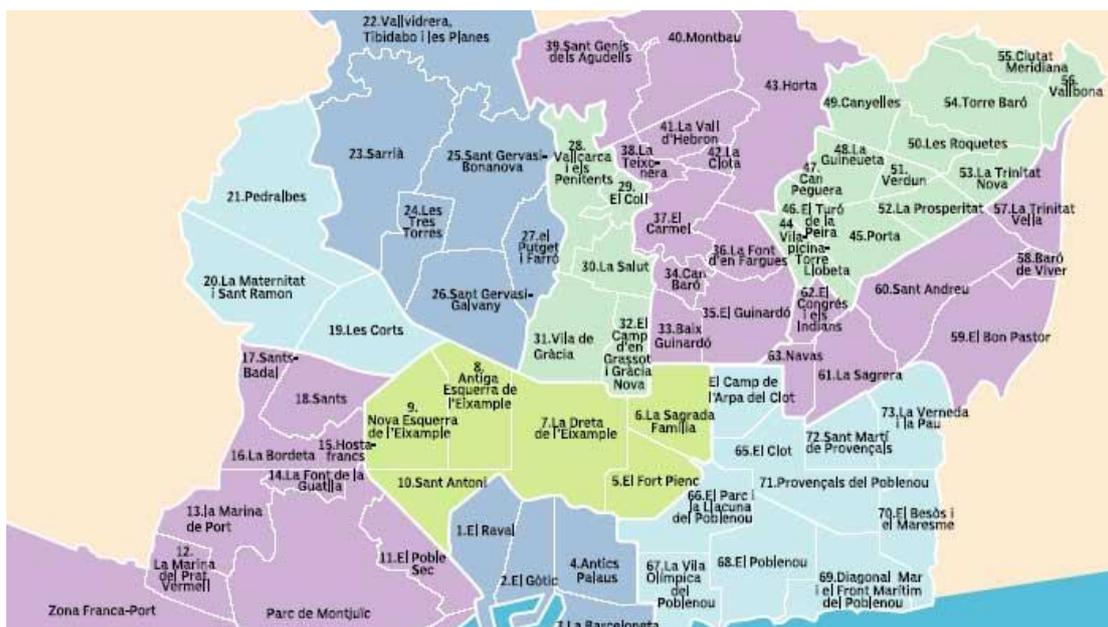
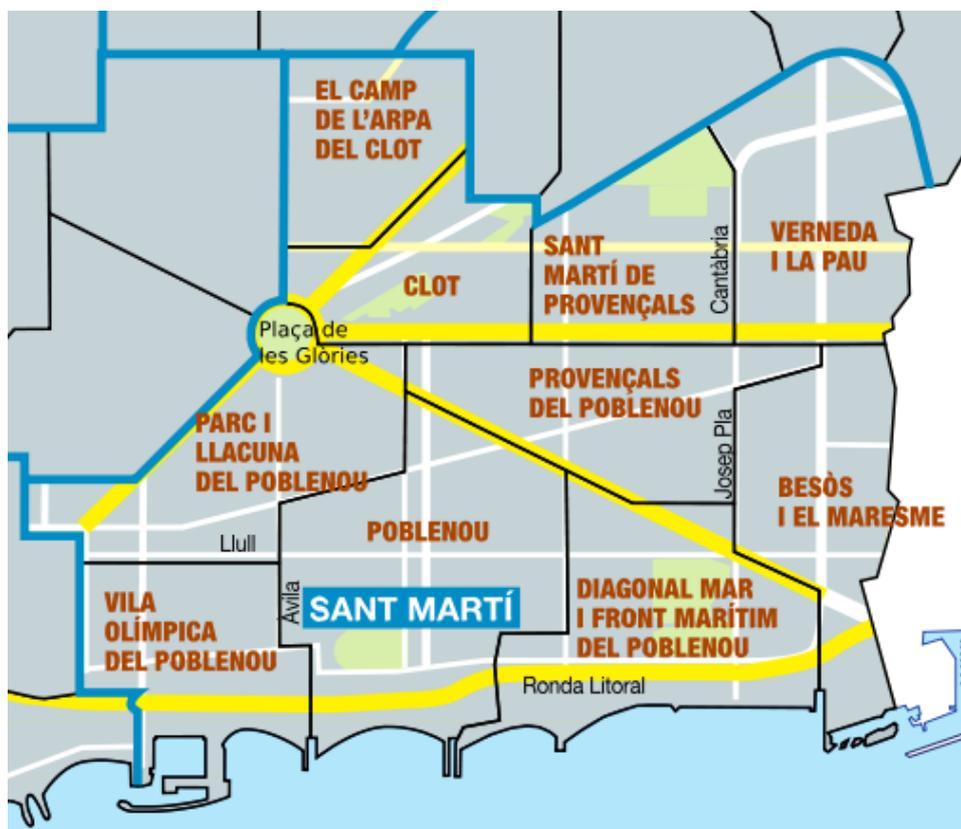


Figura 4 – Ubicación de los barrios asignados al EAPP



4.3. Marco de trabajo

El Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP) estaba formado por dos médicos psiquiatras, un psicólogo-psicoterapeuta, una trabajadora social, dos enfermeros especializados en salud mental y personal administrativo. La población asignada era de 83.746 habitantes, ubicados en un sector urbano céntrico de la ciudad de Barcelona.

De la misma manera, el EAPPP trabajaba en red con los servicios sanitarios (primarios, secundarios y terciarios), servicios educativos (equipos de atención psicopedagógica y centros de educación primaria y secundaria) y servicios sociales (equipos de atención precoz, equipos de atención social primaria e instituciones de justificar para la protección de menores en situación de riesgo). El EAPPP demostró que la prevención y la atención integral a las personas en riesgo de padecer una psicosis se puede hacer desde la comunidad, con unos niveles más ajustados en la administración de psicofármacos y trabajando con y para las personas, de manera multidisciplinar y en red. Por otro lado, desde un punto de vista asistencial y económico, el EAPPP era un servicio rentable en el sentido que suponía una reducción del 20% de las hospitalizaciones de personas con diagnóstico psicótico específico, lo que suponía un ahorro del gasto sanitario e interdepartamental. Sin embargo, la viabilidad del servicio, junto con los datos publicados en las investigaciones elaboradas por el equipo, no pudieron evitar el cierre del centro, comunicado y aprobado el 11 de Julio de 2011 por la Gerencia de Primaria del Insitut Català de la Salut (ICS) de Cataluña.

En el periodo 2010-2012, tuve la oportunidad de colaborar con el ICS, concretamente con el Equipo de Atención al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP), de Barcelona. Gracias a ello, me familiaricé con el equipo y su función, centrada en atender a pacientes con Psicosis Incipiente (PI), de manera multidisciplinar y conectada con la red de los dispositivos de Salud Mental (SM). Asimismo, desarrollé un aprendizaje profundo en investigación, recogida de datos y utilización de los mismos, lo que me supuso darme cuenta

de la importancia del trabajo con PI y la voluntad de trabajar la presente Tesis Doctoral.

Las tareas que se llevaron a cabo en el Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP) se desarrollaron en la dirección del informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011). En el centro se realizaba el abordaje psicosocial en las fases más tempranas de la psicosis, así como también se llevaba a cabo la prevención y la sensibilización de estas personas, por medio de profesionales cualificados.

En el EAPPP se atendían a personas que presentaban un Primer Episodio Psicótico (PEP), de no más de un año de evolución, Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) y Menores Altamente Vulnerables (MAV), que representaban el grupo de niños y niñas con una acumulación excesiva de factores de riesgo, ya que se sabe que los descendientes de las personas que padecen un trastorno psicótico no acostumbran a visitar, a nivel preventivo, ningún servicio de Salud Mental (SM), lo que se asocia con un factor de riesgo denominado genético o familiar. El motivo por el que se atendía a niños, adolescentes y jóvenes, además de adultos es, precisamente, por la duración de meses y años antes de un PEP, presentando síndromes prodrómicos y descenso en la calidad de vida.

4.4. Mi participación en el Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP)

Personalmente, me incorporé en el EAPPP en el año 2010 hasta el año 2012, poco después del cierre del Centro en 2011.

La principal tarea que llevé a cabo fue colaborar en las investigaciones del equipo, por lo que se me permitió el acceso a la base de datos del mismo, para poder trabajar con la información registrada.

En la presente investigación, se utilizó las puntuaciones de los instrumentos Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Peralta et al., 1994), Early Recognition Inventory checklist (ERIRAOS) (Maurer et al., 2006) y Quality of Life Scale (QLS) (Rodríguez et al., 1995), la Evaluación de Síntomas Psicóticos Atenuados (APS) se realiza con la SIPS/SOPS (Miller et al., 1999) y el Global Functioning Scale (GAF). Concretamente, se utilizaron las puntuaciones registradas en las primeras visitas de los usuarios.

Debido a que la muestra recogida es desde 2006 hasta 2011, durante los años 2010-2011 me encargué personalmente de pasar la Quality of Life Scale (QLS) (Rodríguez et al., 1995) a los nuevos usuarios del centro y, así, contribuir a la recogida de datos y a la futura utilización de los mismos para las investigaciones realizadas. La escala utilizada se detalla posteriormente.

4.5. Material y métodos

En este estudio, se han utilizado los siguientes instrumentos:

- ✚ Como instrumento de cribaje se utiliza el **Early Recognition Inventory checklist (ERIRAOS)** (Maurer, Hörrmann y Schmidt, 2006), basado en el Retrospective Assessment of the Onset and course of Schizophrenia and others psychosis (IRAOS).

La sección psicopatológica comprende 110 elementos con puntuaciones que van de 0 a 3. La escala valora la presencia/ausencia de síntomas inespecíficos, del pródromo tardío y de síntomas psicóticos durante los últimos doce meses, así como también sus cambios de intensidad y la presencia o ausencia de algunos factores de riesgo.

- ✚ La evaluación de Síntomas Psicóticos Atenuados (APS) se realiza con la **SIPS/SOPS** (Miller et al., 1999) en su versión en castellano, que en población española ha demostrado poseer una excelente validez

predictiva y una elevada coherencia interna (Vallina, Lemos y Fernández, 2006).

La Entrevista Estructurada para los Síndromes Prodrómicos (SIPS) es una entrevista semiestructurada diseñada por McGlashan, Miller y Woods (2001) para diferenciar clínicamente los síndromes prodrómicos y detectar a los pacientes con riesgo inminente de psicosis.

Se compone de cuatro elementos:

1. Escala de síntomas prodrómicos (SOPS): evalúa la presencia e intensidad de los signos y síntomas prodrómicos a través de 19 ítems: síntomas positivos, negativos, de desorganización y generales.
2. Escala GAF de funcionamiento global del DSM-IV.
3. Listado de criterios DSM-IV para el trastorno esquizotípico de personalidad.
4. Historia familiar de trastornos mentales y del comportamiento.

- ✚ Para evaluar los Síntomas psicóticos breves, limitados o intermitentes (BLIPS), se utiliza la **Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)** (Peralta y Cuesta, 1994).

Esta escala fue construida originalmente por Kay, Fiszbein y Opler (1987) y adaptada al castellano por Peralta y Cuesta (1994). Se trata de una entrevista semiestructurada que se compone de 30 ítems distribuidos en tres subescalas:

- Positiva (PANSS-P)
- Negativa (PANSS-N)
- 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. Así, se puede realizar la siguiente clasificación: esquizofrenia positiva, negativa o mixta.

La escala PANSS muestra 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.

- ✚ El funcionamiento global se evalúa con el **Global Assessment Functioning (GAF)**.

Se utiliza para evaluar el funcionamiento global de los sujetos sobre un continuo de salud y enfermedad psiquiátrica. El rango de la escala oscila de 1 a 100, con definiciones para cada intervalo de 10 puntos. Una mayor puntuación indica un mayor nivel de salud.

- ✚ Para la calidad de vida, se utiliza la **Quality of Life Scale (QLS)** (Rodríguez et al., 1995). Los autores indican que disponer de una escala que permita evaluar el nivel de ajuste social puede ser de gran utilidad en el seguimiento de varios programas de rehabilitación y reinserción que en el contexto de la atención comunitaria se están aplicando y que han demostrado tener una gran utilidad en relación a los conocimientos sobre la esquizofrenia y no sólo en la evaluación final de los pacientes, sino también fundamentalmente en el seguimiento de los mismos. Asimismo, mencionan que la adaptación al castellano de la QLS la hicieron teniendo en cuenta el propio contexto cultural y lingüístico. Sin embargo, encontraron una elevada fiabilidad y una gran consistencia

interna de los ítems, lo que les permitió valorar que la escala es un instrumento muy fiable para la evaluación del deterioro social en pacientes con esquizofrenia.

La escala está diseñada para sujetos no hospitalizados. Consta de 21 ítems que se agrupan en 4 categorías o complejos sintomáticos, las funciones intrapsíquicas (elaboran juicios clínicos respecto a las dimensiones de cognición, conciencia y afectividad, las cuales parecen ser importantes en el deterioro en la esquizofrenia: ítems 13 - 17, 20-21), las relaciones interpersonales (evalúan en general la capacidad de experiencia social del enfermo, no sólo en aspectos concretos como los sociales, sino también en su significación psicológica como la capacidad de intimar; ítems 1-8), el rol instrumental (se considera la valoración del paciente en el papel del estudiante, trabajador, ama de casa, etc. La extensión de su funcionamiento, su nivel de logros y la satisfacción alcanzada en los mismos; ítems 9 -11) y el uso de objetos comunes y actividades cotidianas (se valora la utilización de objetos de uso diario, basándose en la creencia de que una fuerte participación en la comunidad se refleja por el nivel de compromisos y costumbres comunes con otros miembros de la comunidad. ha seleccionado aquellos objetos y costumbres más representativos y habituales; ítems 18 y 19). El ítem 12 (satisfacción) no puntúa en ninguno de estos factores. Cada ítem se puntúa según una escala de tipo Likert de 7 valores, que oscilan entre 0 (mayor grado de disfunción) y 6 (normalidad). Es una escala heteroaplicada, debe ser administrada por un clínico mediante una entrevista semiestructurada. Proporciona una puntuación global que es la suma de las puntuaciones en todos los ítems de la escala, excepto en el 12 (satisfacción). No existen puntos de corte, a mayor puntuación, mejor funcionamiento del paciente en esa categoría.

4.6. Muestra

Se ha recogido una muestra de 46 pacientes distribuidos en dos grupos; pacientes diagnosticados de Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) y pacientes de Primer Episodio Psicótico (PEP). Los sujetos de estudio son personas que cumplen criterios de inclusión de los grupos EMAR y/o PEP utilizados en el EAPPP. Suman un total de 23 pacientes EMAR y 23 pacientes PEP.

Se dispone de la información de variables clínicas y psicosociales de ambos grupos. Los criterios de inclusión y exclusión de los mismos, son los siguientes:

✚ **Criterios de inclusión del grupo EMAR:** Sujetos de edades comprendidas entre los 12 y los 35 años, que presenten signos y síntomas prodrómicos. Dada la variabilidad clínica y los diversos encuadres de los equipos, se requiere el cumplimiento de al menos una de las siguientes condiciones:

1. Síntomas psicóticos breves, limitados o intermitentes (BLIPS): si en al menos uno de los síntomas siguientes ha alcanzado un nivel de intensidad psicótica en los últimos tres meses en la escala PANSS, es decir, una puntuación ≥ 4 en alucinaciones, contenido inusual del pensamiento (delirios, grandiosidad, suspicacia y perjuicio) y/o desorganización conceptual.
2. Síndrome de Síntomas Positivos Prodrómicos: si en al menos uno de los síntomas anteriores se ha alcanzado una puntuación entre 3 y 5 en los Síntomas Psicóticos Atenuados (APS) de la entrevista estructurada por Síndromes Prodrómicos SIPS/SOPS; contenido inusual del pensamiento, ideas delirantes, suspicacia/ideas persecutorias, grandiosidad, percepciones anormales/alucinaciones, comunicación desorganizada y/o conductas o aspecto extraño. También si ha empezado alguno de los síntomas en el último año o alguna frecuencia mediana de al menos una vez por semana en el mes anterior.

3. Vulnerabilidad familiar y funcionamiento global disminuido.

✚ **Criterios de exclusión del grupo EMAR:** No reunir ninguno de los tres criterios de inclusión como “estado prodrómico” de la entrevista SIPS/SOPS; diagnóstico de un episodio psicótico anterior durante más de una semana; síntomas psicóticos como causa del abuso de sustancias o trastorno mental orgánico; retraso mental; tomar la medicación antipsicótica durante el periodo de estudio.

✚ **Criterios de inclusión del grupo PEP:** Pacientes de ambos géneros, de edades comprendidas entre los 12 y los 35 años, diagnosticados de PEP en los doce meses anteriores según las clasificaciones o los códigos CIE-10 y DSM-IV-TR de esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico compartido o trastorno psicótico no especificado.

✚ **Criterios de exclusión del grupo PEP:** Pacientes sin ningún diagnóstico de los citados, en los doce meses anteriores a la primera entrevista; pacientes con alguno de los diagnósticos citados y más de doce meses de evolución desde la primera vez que se efectuó el diagnóstico; o pacientes con diagnóstico de “trastorno psicótico debido a enfermedad médica” o “inducido por sustancias”.

4.7. Procedimiento y recogida de datos

Desde la apertura del Equipo de Atención al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP), en el año 2005, se creó una base de registro de los datos de los pacientes, en la que constaban sus datos demográficos y clínicos.

4.7.1. Registro de datos

En cuanto a los datos demográficos, los administrativos del Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP) eran los encargados de registrar los siguientes datos:

Tabla 1 – Variables de los datos registrados en el EAPPP

| Nombre de la variable | Tipo | Categoría |
|--|--------------|--|
| Número de historia clínica | Nominal | Ninguna |
| Fecha de registro | Cuantitativa | Ninguna |
| Clínico de referencia | Nominal | Psiquiatra/Psicólogo/Enfermero o enfermera |
| Procedencia del usuario | Nominal | Iniciativa propia ¹ /Adultos/Infantil y Juvenil ² /Enseñanza ³ /Drogodependencias ⁴ / Servicios Sociales y Justicia/ ⁵ Sanidad ⁶ / Otros |
| Cobertura sanitaria | Dicotómica | Activo/Pensionista |
| Fecha de nacimiento/edad | Cuantitativa | Ninguna |
| Género | Nominal | Niño/Niña Hombre/Mujer |
| Perfil diagnóstico | Nominal | Eje I, Eje II, Eje III |
| Provincia de nacimiento | Nominal | Española/Extranjera |
| Provincia de residencia | Nominal | Española/Extranjera |
| País de residencia | Nominal | Española/Extranjera |
| Estado civil | Nominal | Soltero/Casado o casada primer matrimonio/Casado o casada matrimonio consecutivo/Con pareja estable/Separado o separada/Divorciado o divorciada/Viudo o viuda/Otras posibilidades |
| Edad de inicio de estado civil | Cuantitativa | Ninguna |
| Número total de hermanos nacidos vivos | Cuantitativa | Número de hombres/Número de mujeres |
| Número de nietos | Cuantitativa | Ninguna |
| Personas con las que convive actualmente | Cuantitativa | Solo/Acompañado (especificar con quién) |
| Total de personas | Cuantitativa | Número de personas incluido el/la paciente |
| Ocupación laboral | Nominal | Especificar ocupación laboral |

| | | |
|--------------------------------------|---------|---|
| Sector laboral | Nominal | Sector primario/Secundario/Terciario |
| Nivel o categoría laboral | Nominal | Industria/Servicios |
| Nivel de estudios | Nominal | Máximo nivel formativo alcanzado |
| Nivel socioeconómico | Nominal | Sin trabajo/Trabajo no cualificado/Nivel medio-bajo/Nivel medio/Nivel medio-alto/Alto |
| País de nacimiento de la madre | Nominal | Español/Extranjero |
| Ocupación laboral actual de la madre | Nominal | Especificar ocupación laboral |
| Nivel de estudios de la madre | Nominal | Máximo nivel formativo alcanzado |
| País de nacimiento del padre | Nominal | Español/Extranjero |
| Ocupación laboral actual del padre | Nominal | Especificar ocupación laboral |
| Nivel de estudios del padre | Nominal | Máximo nivel formativo alcanzado |
| Otros datos | | Proporcionados por el propio paciente/Familia/Amigos o compañeros/Otros |

¹CSMA St Andreu, CSMA St Martí, Hospital de Día, Hospital de agudos, Unidad de Subagudos, Urgencias psiquiátricas

²CDIAP St Andreu, CDIAP St Martí, CSMIJ St Andreu, CSMIJ St Martí, Urgencia, Hospital de Día, Urpi, Unidad de Subagudos, Urgencias Psiquiátricas Infantiles

³EAP St Andreu, EAP St Martí, IES, CEIP

⁴CAS

⁵SSAAP St Andreu, SAAD St Martí, EAID St Andreu, EAID St Martí, DGAID, Justicia, Justicia de menores

⁶ABS, Neurología, Logopedia, Urgencias Hospital General, Psicoterapia primaria

Los datos mencionados, eran registrados y utilizados como información de referencia para los clínicos y, asimismo, como muestra utilizada para realizar estudios de investigación. Un ejemplo de los diversos estudios elaborados con la información de la base de registro de datos y publicados, es el denominado “La esquizofrenia en atención primaria: el estudio SASPE (Señales de Alerta y Síntomas Prodrómicos de la Esquizofrenia en atención primaria)”, de Tizón et al., 2004, entre otros.

Los clínicos de referencia eran los encargados de pasar los cuestionarios a los usuarios y, posteriormente, los administrativos de registrar la información de los resultados. Eran, entonces, cuestionarios heteroaplicados, en los que se registraba información adicional si el propio paciente la proporcionaba, fomentando, así, el vínculo relacional terapéutico entre ambos. Asimismo, se les proporcionaba una hoja de confidencialidad de datos adjunta y se especificaba el grado de acuerdo en poder utilizar los datos registrados para investigaciones del equipo.

4.7.2. Variables de estudio

En este estudio, se han utilizado las variables de información completa y de importancia siguiendo las investigaciones del ámbito clínico. Así, las variables utilizadas son las siguientes:

Tabla 2 – Variables de estudio

| Nombre de la variable | Tipo | Categoría |
|--|--------------|---|
| Número de historia clínica | Nominal | Ninguna |
| Fecha de registro | Cuantitativa | Ninguna |
| Género | Nominal | Niño/Niña Hombre/Mujer |
| Perfil diagnóstico | Nominal | Eje I, Eje II, Eje III |
| Personas con las que convive actualmente | Cuantitativa | Solo/Acompañado (especificar con quién) |
| Total de personas | Cuantitativa | Número de personas incluido el/la paciente |
| Nivel socioeconómico | Nominal | Sin trabajo/Trabajo no cualificado/Nivel medio-bajo/Nivel medio/Nivel medio-alto/Alto |
| Otros datos | | Proporcionados por el propio paciente/Familia/Amigos o compañeros/Otros |

Se han descartado variables debido a la reducida media de edad de los pacientes y a la dificultad para completar todos los datos de los mismos.

4.7.3. Heteroaplicación de los cuestionarios

Los cuestionarios proporcionados a los pacientes del EAPPP, fueron administrados y aplicados por los clínicos de referencia de los mismos. La fecha de aplicación coincidía con las primeras visitas que los usuarios mantenían con los clínicos. Se aplicaron los siguientes cuestionarios:

- ✚ Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Peralta y Cuesta, 1994)
- ✚ Early Recognition Inventory checklist (ERIRAOS) (Maurer, Hörrmann y Schmidt, 2006)
- ✚ Quality of Life Scale (QLS) (Rodríguez et al., 1995)
- ✚ Evaluación de Síntomas Psicóticos Atenuados (APS) se realiza con la SIPS/SOPS (Lemos, Vallina y Fernández; 2006),
- ✚ Global Functioning Scale (GAF)

4.8. Objetivos

4.8.1. Objetivos generales

Los objetivos generales de este estudio son los siguientes:

1. Evaluar la percepción subjetiva de la calidad de vida de los pacientes según presenten un Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) o Primer Episodio Psicótico (PEP).

2. Evaluar las condiciones clínicas de pacientes según presenten un EMAR o un PEP.
3. Evaluar las condiciones psicosociales de pacientes según presenten un EMAR o un PEP.

4.8.2. Objetivos específicos

En cuanto a los objetivos específicos, detallamos los siguientes:

1. Análisis descriptivo de las características de los pacientes con Psicosis Incipiente (PI) antes de consultar los dispositivos de Salud Mental (SM).
2. Análisis descriptivo de las características clínicas y psicosociales de los pacientes que presenten un Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) o Primer Episodio de Psicosis (PEP).
3. Comparaciones entre grupos de las variables de estudio.

4.9. Preguntas de trabajo

En este contexto, se presenta un estudio con el objetivo de evaluar la percepción subjetiva de la calidad de vida, condiciones clínicas y psicosociales de pacientes según presenten un Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) o un Primero Episodio Psicótico (PEP). La descripción de las características de los EMAR, que son susceptibles de convertirse en un PEP, es el primer paso para la prevención primaria y secundaria efectuada en los servicios de nuestro sistema sociosanitario. Sólo de este modo se pueden poner en marcha medios, herramientas y sistemas fiables para detectarlo de manera precoz, para poder

ayudar a estos pacientes y a los grupos humanos desde el primer momento, desde los estados de riesgo (Tizón, 2004; Larsen, 2006; Yung, 2006).

Para los profesionales que trabajan en estrecho contacto clínico con esos pacientes y sus allegados, una primera preocupación es aclarar cómo, los pacientes psicóticos y sus familias, conviven y soportan un trastorno tan grave y doloroso. En especial, cómo y desde cuándo comenzó el trastorno y cuáles fueron sus síntomas y su calidad de vida, así como también sus percepciones, cogniciones, conflictos, capacidades de contención y resiliencia, con el fin de poder desarrollar estrategias de intervención que permitan abordar estos síntomas para disminuir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida del paciente (Peralta y Cuesta, 1994; Vargas, Jimeno-Bulnes y Jimeno-Valdés, 1996).

4.10. Análisis estadístico

Se ha realizado estadística descriptiva de las variables utilizando medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y proporciones e intervalos de confianza para variables categóricas.

Para analizar la relación y asociación entre las diferentes variables nominales se ha utilizado el test de Chi-cuadrado y, para analizar la relación y asociación entre las variables cuantitativas se ha utilizado la regresión lineal y la correlación de Spearman.

En caso de que no se cumplan las condiciones de aplicación del test estadístico, se utilizarían test no paramétricos (Fisher en variables nominales y U de Mann Whitney para muestras independientes).

A continuación, se expone una tabla-resumen de las pruebas utilizadas y sus características.

Tabla 3 – Resumen de las pruebas estadísticas utilizadas para el estudio de la muestra

| <i>Tipo de prueba</i> | <i>Características</i> |
|------------------------------|--|
| Chi-cuadrado | Comparación de variables categóricas |
| Spearman | Asociación o interdependencia entre dos variables aleatorias continuas |
| Fisher | Prueba no-paramétrica (baja frecuencia de la muestra) para la comparación de variables categóricas, no homogeneidad a través de Levene |
| U Mann Whitney | Análisis no-paramétrico para muestras independientes cuando las variables no siguen una distribución normal |

5. ANÁLISIS Y RESULTADOS

5.1. Descripción de la muestra

La muestra total de 46 pacientes queda repartida con un 78,3% de hombres (36) y un 21,7% de mujeres (10). El grupo de pacientes diagnosticados de Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) se reparte en 19 hombres y 4 mujeres y, el grupo de pacientes diagnosticados de Primer Episodio Psicótico (PEP), en 17 hombres y 6 mujeres.

5.1.1. Características sociodemográficas de la muestra

La edad de la primera visita entre los pacientes EMAR es inferior a la de los que presentan un PEP, resultado significativo entre ambos grupos ($p=0,034$). La mayoría de los pacientes son hombres, tanto en EMAR como en PEP, lo que destaca a nivel global ($p=0,000$). También se observa un nivel socioeconómico similar en la muestra, caracterizado por un porcentaje más elevado de familias sin trabajo o no cualificadas, y un parecido núcleo familiar, en el que hay una distribución bastante homogénea de pacientes que conviven en una familia nuclear, monoparental o bien con otros familiares o amigos (ver tabla 4).

Tabla 4. Comparación de las características sociodemográficas entre EMAR y PEP

| | EMAR ¹ N=23 (50%) | PEP ² N=23 (50%) | N | estadísticos | P |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|---------|------------------------|--------|
| Edad media primera visita | 17,4 | 26,7 | 46 | t=4,4 | 0,034* |
| Edad media primera visita según género | | | | | |
| • Mujeres | 18,0 | | | | |
| • Hombres | 17,3 | | 23 | t=0,217 | 0,212 |
| Edad media primera visita según género | | | | | |
| • Mujeres | | 31,3 | 23 | | |
| • Hombres | | 25,1 | | t=1,638 | 0,535 |
| Género | | | | | |
| • Mujeres | 4 | 6 | | | |
| • Hombres | (17,4%) | (26,1%) | 46 | x ² =0,511 | 0,475 |
| | 19 | 17 | | | |
| | (82,6%) | (73,9%) | | | |
| Género total de la muestra | | | 46 | | |
| • Mujeres | | | 10 | | |
| • Hombres | | | (21,7%) | | |
| | | | 36 | x ² =14,696 | 0,000* |
| | | | (78,3%) | | |
| Nivel socioeconómico familiar | | | | | |
| • Familias sin trabajo/no cualificadas | 14 | 15 | | | |
| | (60,9%) | (65,2%) | | | |
| • Nivel económico medio/medio-bajo | 9 | 8 | 46 | x ² =0,93 | 0,760 |
| | (39,1%) | (34,8%) | | | |
| Convivencia familiar | | | | | |
| • Familia nuclear | 12 | 10 | | | |
| | (52,2%) | (43,5%) | | | |
| • Familia monoparental | 6 | 5 | 46 | x ² =0,965 | 0,617 |
| | (26,1%) | (21,7%) | | | |
| • Convivencia con otros familiares/amigos | 5 | 8 | | | |
| | (21,7%) | (34,8%) | | | |

¹Estado Mental de Alto Riesgo

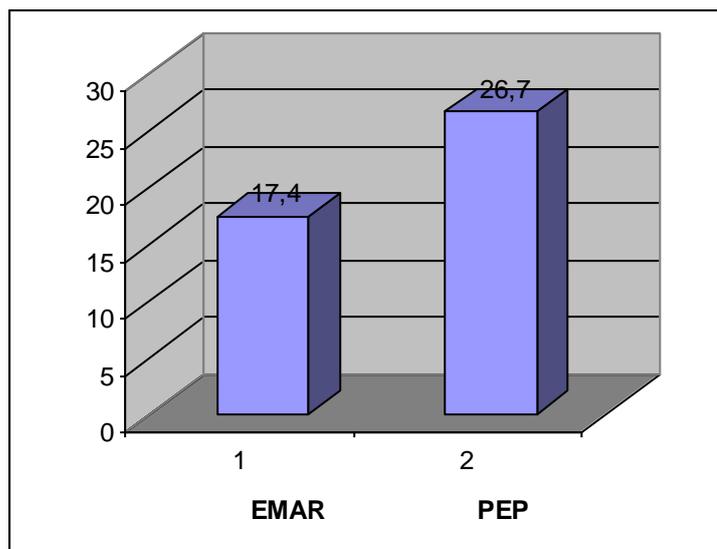
² Primer Episodio Psicótico

*Resultados estadísticamente significativos

Edad de la primera visita

Podemos observar, en la figura 6, la distribución en función de la edad de la primera visita, estadísticamente significativa entre ambos grupos diagnósticos.

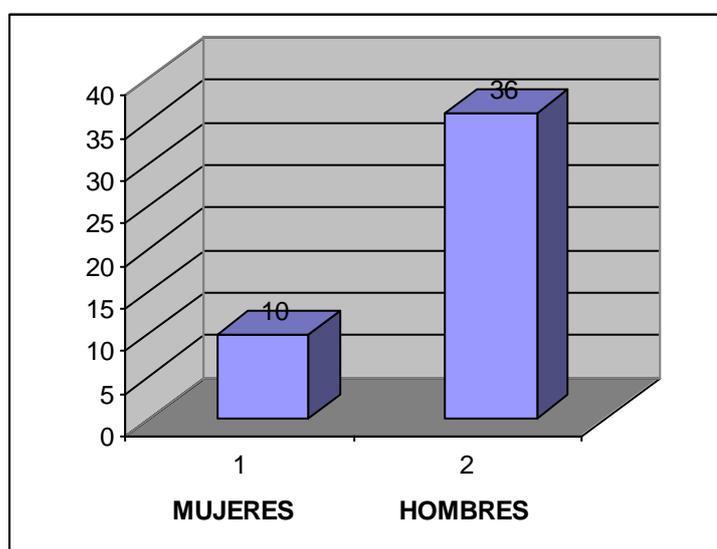
Figura 6 – Descripción de la muestra según la edad de la primera visita



Género

En relación al género, se registran más hombres que mujeres, dato también estadísticamente significativo.

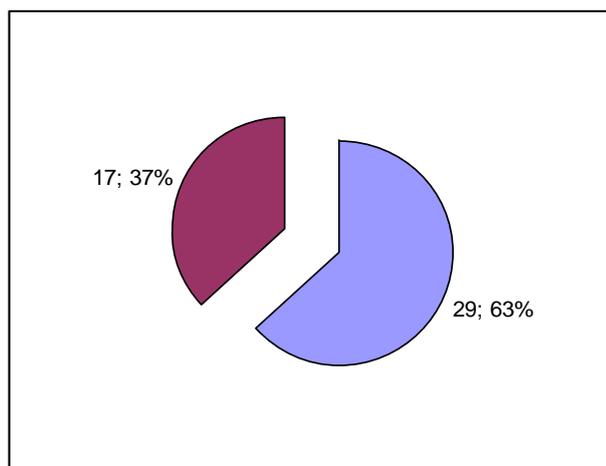
Figura 7 – Descripción de la muestra según el género



Nivel socioeconómico

De los 46 pacientes de la muestra, 17 (37%) no trabajan o tienen trabajos no cualificados, mientras que 29 (63%) tienen un nivel económico medio-bajo.

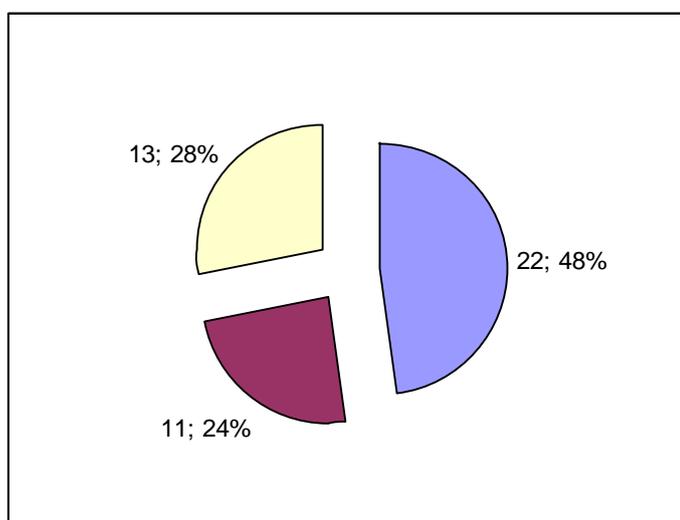
Figura 8 – Descripción de la muestra según el nivel socioeconómico



Situación familiar

En relación a la convivencia familiar, la muestra queda repartida en 22 pacientes que conviven en familia nuclear (48%), 11 en familia monoparental (24%), y 13 que conviven con otros familiares y/o amigos (28%).

Figura 9 – Descripción de la muestra según la situación familiar



5.1.2. Características clínicas de la muestra

Los pacientes, tanto los del grupo EMAR como los del grupo PEP, han obtenido resultados similares en la valoración subjetiva de la calidad de vida (QLS) y en el Funcionamiento Global (GAF).

No se detecta relación alguna entre los resultados obtenidos en los dos grupos en cuanto a la escala QLS y la escala PANSS, ni entre el GAF y la escala PANSS, a pesar de obtener diferentes puntuaciones en PANSS. (Ver tabla 5).

Tabla 5. Comparación de las características clínicas entre EMAR y PEP

| | EMAR ¹ N=23 (50%) | PEP ² N=23 (50%) | N | estadísticos | p |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----|--------------|----------|
| Puntuación media escala QLS | 62,5 | 57,8 | 46 | U=250 | P=0,750 |
| Puntuación media GAF | 52,0 | 45,9 | 46 | U=174 | p=0,053 |
| Puntuación media PANSS | 8,8 | 17,0 | 46 | U=94 | p=0,000* |
| Correlación entre QLS y PANSS | | | 46 | r=1,000 | p=0,947 |
| Correlación entre GAF y PANSS | | | 46 | r=0,109 | p=0,469 |

¹ Estado Mental de Alto Riesgo

² Primer Episodio Psicótico

*Resultados estadísticamente significativos

5.1.3. Diagnóstico clínico de EMAR y PEP

Se ha detallado el diagnóstico CIE-10 de los pacientes que presentaban un Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) y un Primer Episodio Psicótico (PEP), para observar la tendencia diagnóstica en su desarrollo evolutivo. Como hemos mencionado en apartados anteriores, se sabe que las alteraciones motoras son visibles desde la primera infancia y muestran un desarrollo neural patológico y que, sin embargo, estas alteraciones se silencian en la adolescencia, donde aparecen más evidenciadas las alteraciones cognitivas, que persisten hasta el inicio del trastorno. Además, alteraciones sociales, se expresan a partir de la pubertad. Del mismo modo, la presencia de un número importante de indicadores de diferentes trastornos psiquiátricos nos debe permitir actuar sobre este grupo y observar su evolución para que nos permita prevenir trastornos mentales. (Bonanni et al., 2003).

A continuación, se detallan los diagnósticos CIE-10 de cada grupo de pacientes, EMAR y PEP.

EMAR:

Del grupo EMAR, los diagnósticos especificados son los siguientes (ver tabla 6):

Tabla 6. Diagnósticos CIE-10 del grupo EMAR

| Diagnóstico CIE-10 | |
|--------------------|--|
| F91.3 | Trastorno negativista desafiante |
| F63.8 | Trastorno explosivo intermitente |
| F63.8 | Trastorno explosivo intermitente |
| F81.9 | Trastorno del aprendizaje no especificado |
| F63.8 | Trastorno explosivo intermitente |
| F34.1 | Trastorno distímico |
| F63.9 | Trastorno del control de impulsos no especificado |
| F91.9 | Trastorno de la conducta no especificado (tr.comportamient.perturb.) |
| F63.8 | Trastorno explosivo intermitente |
| F63.9 | Trastorno del control de impulsos no especificado |
| F34.1 | Trastorno distímico |
| F32.2 | Trastorno depresivo mayor, grave sin síntomas psicóticos |
| F41.1 | Trastorno de ansiedad generalizada |
| F44.81 | Trastorno de identidad disociativo |
| F41.0 | Trastorno de angustia sin agorafobia |
| F94.1 | Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez |
| F31.0 | Trastorno bipolar I, hipomaníaco |
| F41.1 | Trastorno de ansiedad generalizada |
| F45.9 | Trastorno somatomorfo no especificado |
| F63.8 | Trastorno explosivo intermitente |
| F32.9 | Trastorno depresivo no especificado |
| F42.8 | TOC |
| F40.1 | Fobia social |

Así, agrupados según los códigos de CIE-10 de los 23 pacientes diagnosticados de EMAR, 7 presentan Trastornos de ansiedad y somatomorfos (F40, F41, F42, F44, F45); 7 Trastornos del control de los impulsos (F63); 5 Trastornos del estado de ánimo (F31, F32, F34) y 4 Trastornos de inicio en la infancia y adolescencia (F81, F91, F94).

PEP:

Del grupo PEP, los diagnósticos especificados son los siguientes (ver tabla 7):

Tabla 7. Diagnósticos CIE-10 del grupo PEP

| Diagnóstico CIE-10 | |
|---------------------------|-------------------------------------|
| F20.0 | Esquizofrenia paranoide |
| F20.0 | Esquizofrenia paranoide |
| F23.80 | Trastorno psicótico breve |
| F29 | Trastorno psicótico no especificado |
| F20.0 | Esquizofrenia paranoide |
| F29 | Trastorno psicótico no especificado |
| F20.0 | Esquizofrenia paranoide |
| F23.80 | Trastorno psicótico breve |
| F20.0 | Esquizofrenia paranoide |
| F20.0 | Esquizofrenia paranoide |
| F20.3 | Esquizofrenia tipo indiferenciado |
| F20.5 | Esquizofrenia tipo residual |
| F20.0 | Esquizofrenia paranoide |
| F20.0 | Esquizofrenia paranoide |
| F20.0 | Esquizofrenia paranoide |
| F29 | Trastorno psicótico no especificado |
| F23.80 | Trastorno psicótico breve |
| F20.0 | Esquizofrenia paranoide |
| F29 | Trastorno psicótico no especificado |
| F20.0 | Esquizofrenia paranoide |
| F22.0 | Trastorno delirante |
| F20.8 | Trastorno esquizofreniforme |

Así, agrupados según los códigos de CIE-10 de los 23 pacientes diagnosticados de PEP, 13 fueron diagnosticados de esquizofrenia (F20), 7 de trastorno psicótico (F23; F29) y 3 de otros trastornos. Concretamente, de estos 3 pacientes, 1 fue diagnosticado de trastorno esquizoafectivo (F25), 1 de trastorno esquizofreniforme (F20) y, el restante, de trastorno delirante (F22).

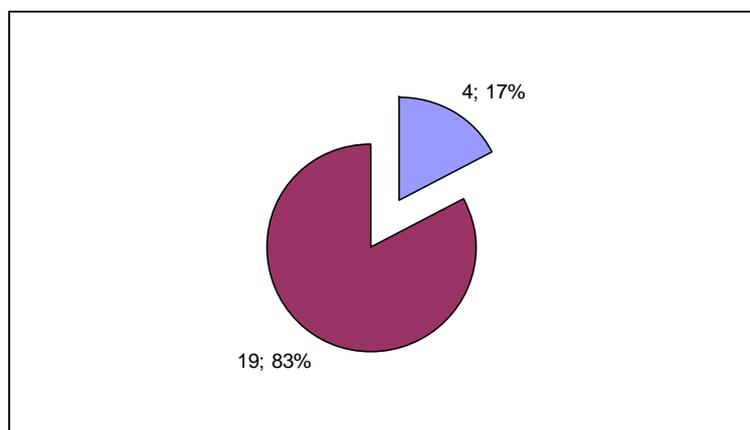
5.2. Descripción de la muestra de pacientes diagnosticados de Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR)

A continuación, se detalla el género, la edad de primera visita, el nivel económico y la situación familiar del grupo EMAR.

Género

De los 23 pacientes diagnosticados de EMAR, 4 son mujeres (17,4%) y 19 son hombres (83%).

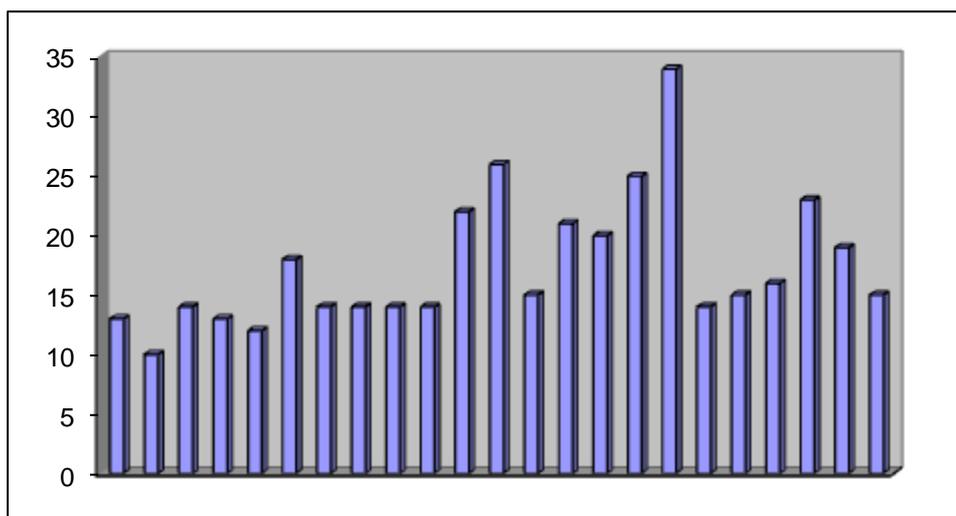
Figura 10 – Descripción de EMAR según el género



Edad de la primera visita

La edad de la primera visita se sitúa entre los 10 y los 34 años, obteniendo una puntuación media de 17,4 años de edad.

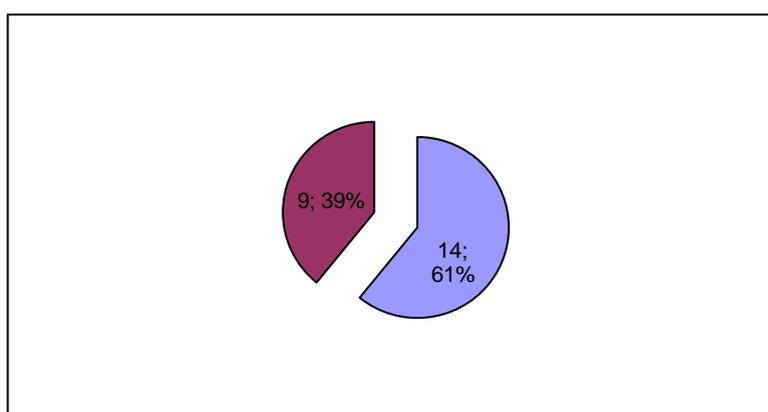
Figura 11 – Descripción de EMAR según la edad de primera visita



Nivel socioeconómico

De los 23 pacientes del grupo EMAR, 14 no trabajan o bien tienen un trabajo no cualificado (60,9%) y 9 tienen un nivel económico medio-bajo (39,1%).

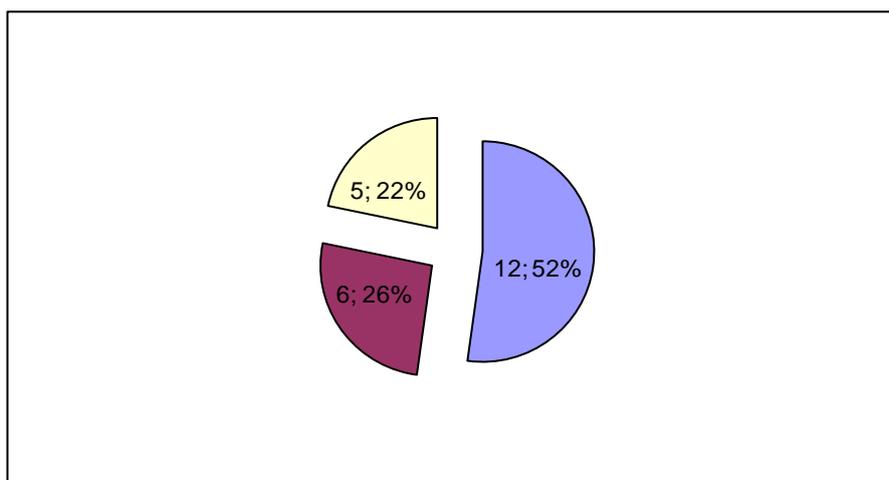
Figura 12 – Descripción de EMAR según el nivel socioeconómico



Situación familiar

En cuanto a la situación familiar, 12 pacientes conviven en familia nuclear (52%), 6 conviven en familia monoparental (26%) y 5 conviven con otros familiares y/o amigos (22%).

Figura 13 – Descripción de EMAR según la situación familiar



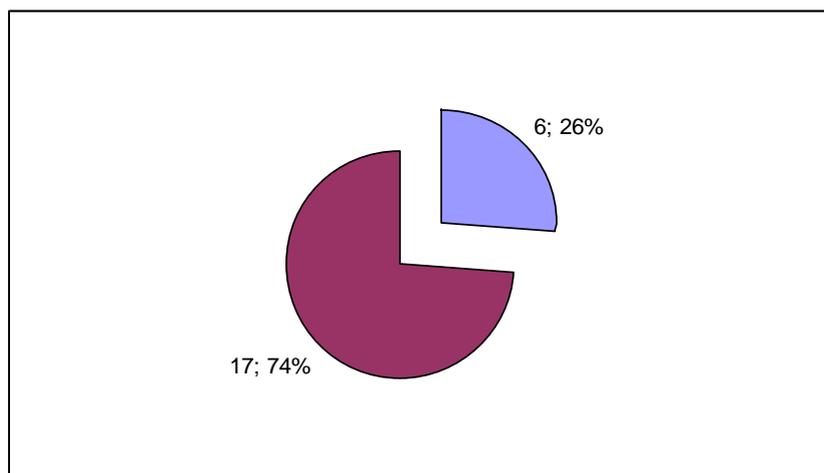
5.3. Descripción de la muestra de pacientes diagnosticados de Primer Episodio Psicótico (PEP)

A continuación, se detalla el género, la edad de primera visita, el nivel económico y la situación familiar del grupo PEP.

Género

De los 23 pacientes diagnosticados de PEP, 6 son mujeres (26,1%) y 17 son hombres (73,9%).

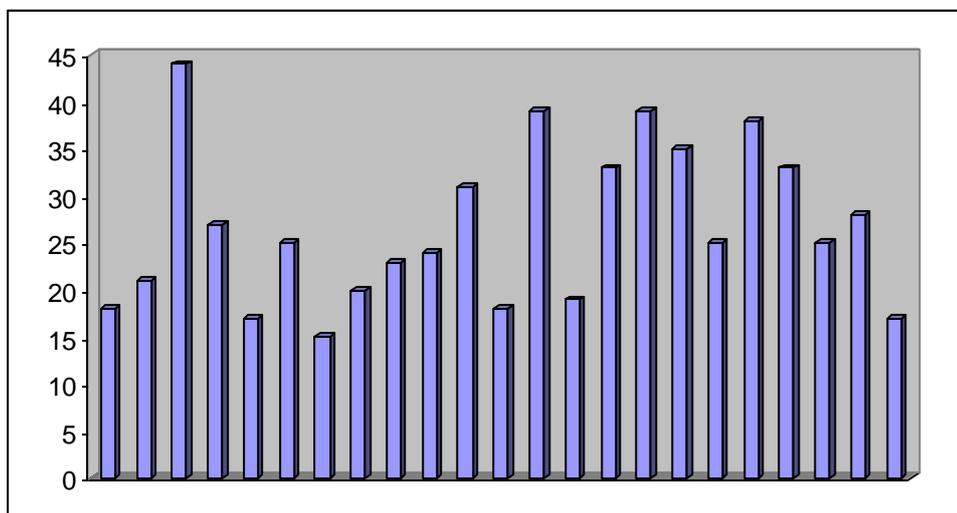
Figura 14 – Descripción de PEP según el género



Edad de la primera visita

La edad de la primera visita se sitúa entre los 15 y los 49 años, obteniendo una puntuación media de 26,7 años de edad.

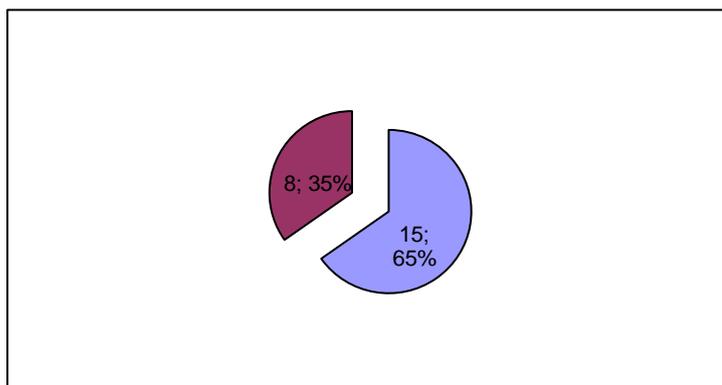
Figura 15 – Descripción de PEP según la edad de primera visita



Nivel socioeconómico

De los 23 pacientes del grupo PEP, 15 no trabajan o tienen un trabajo no cualificado (65,2%), mientras que 8 tienen un nivel económico medio-bajo (34,8%).

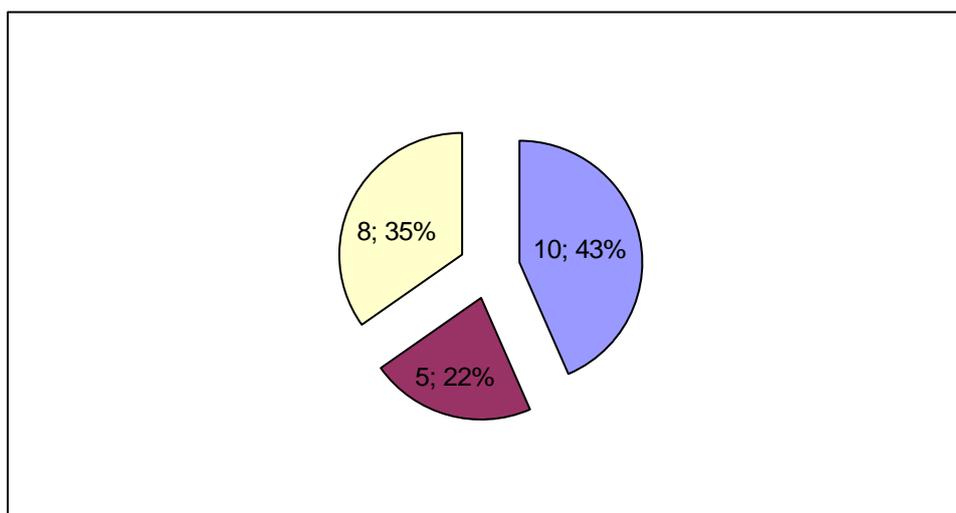
Figura 16 – Descripción de PEP según el nivel socioeconómico



Situación familiar

En cuanto a la situación familiar, 10 pacientes conviven en familia nuclear (43%), 5 conviven en familia monoparental (22%) y 8 conviven con otros familiares y/o amigos (35%).

Figura 17 – Descripción de PEP según la situación familiar



6.DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este apartado comentamos los principales resultados obtenidos en función del análisis de los datos pertenecientes a la base de registro datos del Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP). En primer lugar, discutiremos las características de la muestra y las diferencias entre los dos grupos diagnósticos; Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) y Primeros Episodios Psicóticos (PEP). Posteriormente, responderemos a las preguntas de trabajo.

6.1. Descripción de la muestra

La muestra obtenida es de 46 pacientes diagnosticados de Psicosis Incipiente (PI), repartidos en 23 del grupo EMAR y 23 del grupo PEP. Como hemos detallado en apartados anteriores, el Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP) era un equipo multidisciplinar, formado por enfermeros, médicos-psiquiatras, un psicólogo y asistentes sociales. Además, se registraban los datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes, fomentando y cuidando el vínculo terapéutico.

Según el consenso de expertos, en PI y en los trastornos psicóticos es importante recoger la frecuencia y la calidad de las relaciones sociales que ha mantenido el paciente a lo largo de su vida, como también las relaciones significativas en el momento actual. Asimismo, la evaluación de la estructura familiar y el patrón de las relaciones es importante para establecer un plan terapéutico. También es importante recoger información sobre el funcionamiento premórbido, conociendo la historia laboral, el nivel académico o

laboral alcanzado, el funcionamiento en el empleo, las relaciones significativas y las dificultades específicas. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

Del mismo modo, en el EAPPP trabajaba en estrecha colaboración con el sector de servicios sanitarios de captación (primario, secundario y terciario, incluidos los servicios de Salud Mental), servicios de educación y servicios sociales. Se conoce que es importante la coordinación con el médico de Atención Primaria (AP), ya que juega un papel fundamental en la detección y derivación rápida de los pacientes, así como también en el seguimiento del estado general de salud. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). Así, también podemos interpretarlo en el sentido que la red de Salud Mental (SM) y el EAPPP estaban vinculados y colaboraban bidireccionalmente, por lo que se han cumplido las premisas para trabajar en la detección de Psicosis Incipiente (PI) con pacientes no hospitalizados. Precisamente, se han podido detallar dos perfiles diagnósticos: los pertenecientes al grupo de Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) y los pertenecientes al de Primeros Episodios Psicóticos (PEP).

6.2. Diferencias entre los perfiles diagnósticos de EMAR y PEP

6.2.1. Características sociodemográficas

La media de edad de los pacientes diagnosticados de Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR), muestra que, antes de la aparición de un Primer Episodio Psicótico (PEP), existe una larga fase prodrómica con síntomas ya manifiestos. En ambos casos, tanto en EMAR como en PEP, se ha hallado una media de edad ligeramente superior en mujeres que en hombres, lo que se asimila a lo señalado en estudios europeos, en los que se detalla que los hombres suelen presentar un trastorno psicótico antes que las mujeres (Häfner, Hambrecht, Löffler, Munk-Jorgenson y Reicher-Rossler, 1998; Usall, 2003).

Conviene recordar que hay factores que determinan una vulnerabilidad sobre la cual los factores de riesgo pueden facilitar aún más las evoluciones desfavorables. Se sabe que existen factores de riesgo perinatales, antecedentes familiares, situaciones familiares, de salud, alteraciones en las primeras relaciones de los progenitores con el bebé, en el desarrollo cognitivo, alteraciones en el desarrollo de los hábitos psicossomáticos y en las relaciones con los demás (Tizón al., 2008). Cada vez hay una mayor evidencia de que existen manifestaciones desde los primeros años de vida con ciertas alteraciones que se pueden identificar como sujetos en alto riesgo de presentar el trastorno. Por otro lado, existen investigaciones que relacionan vulnerabilidad y estrés, en las que se defiende que la vulnerabilidad es un factor necesario, pero no suficiente, para la manifestación del trastorno, sino que es la concurrencia del estrés (endógeno y exógeno), la personalidad premórbida, el nicho ecológico y el soporte social los que promueven a su manifestación. Por ello, la detección de marcadores de vulnerabilidad pueden ser de gran valor para la prevención del trastorno (Godoy, 1991).

Los datos obtenidos acerca de la situación familiar, reflejan lo mencionado en investigaciones anteriores, en las que se determina dicha situación como un factor de riesgo de padecer psicosis. Concretamente, la familia monoparental (Jablenski, 1999) y una situación de bajo nivel socioeconómico (Bennedsen, 1998; Jablenski, 1999). En la muestra del estudio, se puede observar un nivel socioeconómico similar en la muestra, caracterizado por un porcentaje más elevado de familias sin trabajo o no cualificadas, y un parecido núcleo familiar, en el que hay una distribución bastante homogénea de pacientes que conviven en una familia nuclear, monoparental o bien con otros familiares o amigos.

Hoy en día, se especifican como factores de riesgo de disfunción familiar y psicopatología, las situaciones de monoparentalidad, disputas continuas e intensas por la custodia de los hijos en un proceso de separación, situaciones de violencia verbal o física hacia los hijos, aislamiento y pérdida de apoyos sociales de ambos progenitores, dificultades de elaboración del duelo por un progenitor fallecido, mantenimiento de la ocultación o el secreto en relación a la muerte de uno de los progenitores o circunstancias de ésta por parte de la

familia, madre soltera con escaso apoyo familiar o importantes conflictos con la familia, situaciones económicas muy desfavorables, bajo grado de bienestar psicológico de la madre, dinámica familiar conflictiva, presencia de niños pequeños y/o abuso de drogas en el progenitor conviviente o ausente. (Fernández et al., 2007).

Debido a los costes psicológicos de los trastornos psicóticos, entendidos como los costes individuales y familiares, en el EAPPP también se trabajaba en estrecha colaboración con los familiares. Así, se realizaban talleres psicoeducativos multifamiliares, psicoterapia individual, grupos psicoeducativos, psicoterapia grupal de los pacientes, grupos paralelos de familiares de pacientes, terapias de resolución de problemas y grupos de habilidades sociales, atención psicoterapéutica familiar (psicoanalítica o sistémica), grupos multifamiliar, atención a los padres a través del hijo y, como hemos comentado anteriormente, vinculación con servicios educativos, sociales y de salud.

6.2.2. Características clínicas

En este estudio se ha observado la percepción subjetiva de la calidad de vida/funcionamiento psicosocial de los pacientes, según presentaban un Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) o un Primer Episodio Psicótico (PEP), dado que en las investigaciones sobre la calidad de vida se enfatiza el conocimiento de la subjetividad del propio paciente (Novak-Grubic y Tavcar, 2008).

No se han encontrado diferencias significativas ni en la percepción subjetiva de la calidad de vida (resultados obtenidos mediante las puntuaciones del cuestionario Quality Life of Scale, QLS, de Rodríguez et al. (1995), ni en el Funcionamiento Global (GAF) entre los dos grupos establecidos de EMAR y PEP. Este hecho se puede asociar a la dificultad de introspección de los propios pacientes que les caracteriza en la Psicosis Incipiente (PI). Se sabe

que la información subjetiva acerca del desempeño de roles sociales y las condiciones materiales y sociales de la vida puede estar distorsionada por varias razones que podrían denominarse “falacias psicopatológicas”, como la “falacia afectiva” (en la que el propio paciente valora el bienestar subjetivo como excelente), la “falacia cognitiva” y la “falacia de distorsión de la realidad” (las cuales se pueden reconocer con mayor facilidad debido a los síntomas presentados por el paciente) (Katschnig, 2006).

Para conocer la percepción subjetiva de la calidad de vida de los pacientes diagnosticados de Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) o Primer Episodio Psicótico (PEP), una de las tareas que el equipo desarrolló, fue puntuar globalmente la calidad de vida de los pacientes al mismo tiempo que se les administraba la QLS. En todos los casos, tanto en EMAR como en PEP, se observó una diferencia de percepción entre el propio paciente y el clínico de referencia. La ausencia de relación entre la percepción subjetiva de la calidad de vida y el Funcionamiento Global con respecto a la puntuación obtenida en la escala PANSS, se explica por la alteración de la percepción que caracteriza el funcionamiento psicótico. Por ese motivo, el paciente tiene una mejor percepción de su calidad de vida en relación o en comparación a la que observa el propio clínico. En diversas entrevistas realizadas por el equipo, se ha observado una negación de los conflictos y una dificultad de contacto con la realidad por parte de los pacientes. En una de las sesiones, por ejemplo, un paciente diagnosticado de EMAR valoró su calidad de vida con una puntuación bastante elevada. Concretamente, en una de las preguntas que se le hizo sobre las relaciones sociales expresó no tener ningún tipo de problema a la hora de hacer amigos, mientras que al profundizar en el tema se observó una gran dificultad para poder hablar con los demás. Tan sólo hablaba esporádicamente con algún conocido por teléfono y evitaba el contacto directo con los demás. Este ejemplo, como muchos otros, muestra la progresión del deterioro en los inicios de un trastorno psicótico y la dificultad de introspección que les caracteriza.

Tal y como hemos observado en este estudio, las personas que padecen un Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) tienen un Funcionamiento Global y una

percepción subjetiva de la calidad de vida similar a los que padecen de un Primer Episodio Psicótico (PEP), a pesar de no presentar síntomas claramente psicóticos. Por ese motivo, conocer y aclarar cómo y desde cuándo empieza el trastorno psicótico y cuáles son las percepciones, cogniciones, conflictos y capacidades de contención y de resiliencia de una persona en riesgo de padecer un trastorno psicótico, supone una información relevante para los profesionales que trabajan en contacto estrecho con esos pacientes y sus familiares.

La detección precoz de los síntomas permitiría una atención inmediata, disminuyendo los niveles de pérdida de la calidad de vida. Pero, aun así, normalmente se atribuye un papel fundamental a la red sanitaria en esta detección, lo que implica pensar que la mayoría de pacientes visitan los dispositivos de Salud Mental (SM) durante un año, cosa que está actualmente por demostrar. En realidad, se sabe poco de cómo viven en nuestras sociedades las personas con EMAR y PEP, y sus familias, cuando no están hospitalizadas y, aún menos, antes del primer ingreso o contacto con las redes de SM. Tampoco se puede determinar la magnitud de los costes directos o indirectos (Knapp, 2000).

Estudios internacionales muestran como un tratamiento integral, en el que se incluye psicoterapia, medicación y trabajo con los familiares, todo ello combinado con estrategias de detección precoz, reduce de forma significativa la duración de la psicosis no tratada, aunque el primer año no se pueda detectar su efecto en el área de síntomas positivos (Larsen, 2006). Algunos estudios también señalan que en estos grupos el efecto de la psicoterapia se detecta a partir de los doce meses (Morrison et al., 2004) y cómo esta técnica, a veces combinada o no con el uso de los psicofármacos, reduce la transición de los EMAR a PEP y provoca una mejora significativa en los síntomas (Bechdolf et al., 2006).

Además, los estudios publicados relacionan la reducción de la “psicosis no tratada”, en inglés Duration of Untreated Psychosis (DUP) (McGorry et al., 1996; Häfner y Der Heiden, 1997; McGlashan, 1999; Johanessen et al., 2000;

McGorry, 2000; Edwards y McGorry, 2004; Johanessen, 2004) con una sintomatología psicótica de comienzo en una fase de psicosis activa más corta, un trastorno menos grave y el desarrollo de una menor cronicidad. (Vallina, Lemos y Fernández, 2006).

La exploración y el conocimiento del propio paciente y la familia, debe transmitir un enfoque optimista respecto a la recuperación y el tratamiento de la psicosis. No podemos olvidar que sólo entre un 33% y un 58% aproximadamente hacen una transición a la psicosis y que aún no están bien establecidos la intensidad, tiempo y duración de la intervención. Por ese motivo, las intervenciones deben ir dirigidas a señalar que hay un riesgo para la psicosis, no a la interpretación de síntomas como pródromos, por lo que es importante el seguimiento de la evolución de estos pacientes. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

Como hemos comentado en apartados anteriores, la revisión de la literatura sobre las tasas de prevalencia de las experiencias psicóticas en población adolescente sugieren que los síntomas psicóticos pueden ser un fenómeno psicológico frecuente en este grupo de edad debido a los procesos madurativos y del desarrollo, por lo que no tienen por qué relacionarse con una alteración psicopatológica ni con un mayor riesgo posterior de desarrollar trastornos del espectro esquizofrénico. Aun así, a pesar de que la mayor parte de las experiencias son de carácter transitorio y discontinuo, existe un porcentaje de sujetos que evolucionan de forma negativa a lo largo del tiempo. De este modo, los síntomas psicóticos se distribuyen a lo largo de un continuum de gravedad, cuya parte más extrema es la propia psicosis.

Además, los principales inconvenientes que pueden presentar los programas de detección temprana de psicosis son los errores diagnósticos tipo 2, (denominados falsos positivos, es decir, incluir a no enfermos en el tratamiento) y tipo 1 (denominados falsos negativos, que consisten en no incluir a enfermos en el tratamiento). La tasa de falsos positivos esperada en la identificación de casos específicos tiende a variar inversamente con la edad, mientras que, por ejemplo, en las psicosis esquizofrénicas la tasa natural de falsos negativos

puede alcanzar hasta un 25% porque no todos los casos van precedidos de manera clara (Häfner y Der Heiden, 1997).

Aun así, cabe señalar que el instrumento SIPS/SOPS (Lemos, Vallina y Fernández, 2006), utilizado en el diagnóstico de pacientes en Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) del presente estudio, tiene una validez predictiva que reveló la probabilidad de transición a la psicosis de personas diagnosticadas como pródromos en el plazo de un año alcanzó hasta el 54%, frente a tasas próximas al 0% de aquellos pacientes que no presentaban estas características. De este modo, el instrumento SIPS/SOPS para la detección de EMAR se considera un instrumento válido, económico, no estigmatizador y fácilmente incorporable a la evaluación clínica estándar, siendo los síntomas negativos y de desorganización los criterios que alcanzan el mayor poder predictivo positivo de una posterior psicosis y los síntomas negativos los que ofrecen una especificidad relativa más elevada. (Lemos et al., 2006).

El abordaje preventivo realizado en equipos como el EAPPP, siempre conlleva debates sobre la identificación de personas, en especial niños, que acumulan factores de riesgo y que no desarrollan un trastorno posteriormente. Sin embargo, tan sólo la evidencia del sufrimiento emocional y los costes económicos que generan a los pacientes, a nivel familiar y social, justifican la importancia de implantar programas de prevención. (Artigue y Tizón, 2012).

No obstante, tampoco debemos obviar que la evidencia sugiere que la psicosis puede ser entendida en términos de continuum de variaciones en distintas dimensiones de síntomas independientes pero correlacionados. Así, estudios han indicado que la continuidad del fenotipo psicótico se extiende desde la normalidad, pasa por los trastornos depresivos y llega a la psicosis clínica. (Van Os, Hanssen, Bijl y Vollebergh, 2001). Por ejemplo, Van Os et al. (1999) hallaron, en pacientes con síntomas de ansiedad y depresión, puntuaciones intermedias en el cuestionario Peters Delusions Inventory (PDI, de Peters, Joseph y Garety, 1999) en comparación con un grupo control y otro de sujetos con psicosis. Hay investigaciones que sugieren que la depresión podría ser un elemento que favorece el desarrollo de un trastorno psicótico (Verdoux et al.,

1999), y otros postulan que es frecuente la coexistencia de síntomas depresivos y síntomas psicóticos (Rosen, Miller, D'Andrea, McGlashan y Woods, 2006). Del mismo modo, estudios indican que la exposición a traumas infantiles, de cualquier tipo, aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno psicótico, por lo que defienden el abordaje psicoterapéutico del trauma infantil en pacientes con vulnerabilidad genética para así reducir el impacto de la exposición al trauma y la progresión de un trastorno psicótico (Freund, García, Harkous, Brañas y Pelaz, 2012).

Además, las personas que padecen psicosis pueden presentar molestias somáticas inexplicables, por lo que rara vez los síntomas somáticos serán lo suficientemente relevantes para cumplir los criterios de un trastorno de somatización (Martin y Yutzy, 1996). Del mismo modo, se sabe que un paciente con una importante somatización, pero sin evidencia de psicosis, puede desarrollar posteriormente un cuadro clínico de esquizofrenia (Goodwin y Guze, 1989).

Como podemos observar en la tabla 6 (página 107) En la muestra de este estudio, de los 23 pacientes diagnosticados de EMAR, 7 padecen Trastornos de ansiedad y somatomorfos (F40, F41, F42, F44, F45); 7 Trastornos del control de los impulsos (F63); 5 Trastornos del estado de ánimo (F31, F32, F34) y 4 Trastornos de inicio en la infancia y adolescencia (F81, F91, F94).

Estos resultados obtenidos coinciden con el perfil diagnóstico de pacientes con un Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR). Sabemos que los pródromos o Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR), consisten en una mezcla de los siguientes componentes: Síntomas psicóticos atenuados, como por ejemplo la suspicacia y los cambios perceptivos; Síntomas inespecíficos afectivos y neuróticos, como la ansiedad, humor deprimido y alteraciones del sueño; y Cambios conductuales, que habitualmente son respuestas a otros fenómenos. Normalmente, incluyen aislamiento y abandono de actividades habituales. (Vallina, 2003).

En cambio, de los pacientes diagnosticados de Primer Episodio Psicótico (PEP), podemos observar en la tabla 8 (página 108) que 13 fueron diagnosticados de esquizofrenia (F20), 7 de trastorno psicótico (F23; F29) y 3 de otros trastornos. Concretamente, de estos 3 pacientes, 1 fue diagnosticado de trastorno esquizoafectivo (F25), 1 de trastorno esquizofreniforme (F20) y, el restante, de trastorno delirante (F22).

Como podemos observar, en los pacientes del grupo PEP predomina el diagnóstico de trastorno psicótico o esquizofrenia. En cambio, en pacientes de alto riesgo, denominados Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR), no hay predominancia de trastorno psicótico específico, sino que alcanzan casi todo el tamaño de la muestra los trastornos de ansiedad y somatomorfos, de conducta y afectivos. Así, señalamos la importancia del continuum en los trastornos psicóticos descrita en investigaciones y, del mismo modo, la importancia de detectar las personas con EMAR.

Sabemos que el pródromo inicial de la psicosis pasa de ser visto de una forma atenuada de psicosis a valorarse como factor de riesgo para su desarrollo, especialmente si se combina con otros factores de riesgo, como por ejemplo los antecedentes familiares. Se producen cambios en la sintomatología en esta fase que contribuyen a su inestabilidad diagnóstica, pero, no obstante, también sabemos que padecen síntomas atenuados, incapacitantes o perturbadores, independientemente del diagnóstico a largo plazo, que necesitan tratamiento. La discapacidad asociada a los trastornos psicóticos se establece durante el periodo de psicosis no tratada o Duration of Untreated Psychosis (DUP) (McGorry et al., 1996; Häfner y Der Heiden, 1997; McGlashan, 1999; Johannesssen et al., 2000; McGorry, 2000; Edwards y McGorry, 2004; Johannesssen, 2004), que puede durar entre dos y cinco años. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

Además, un hecho importante es la baja concordancia entre los diagnósticos realizados en Atención Primaria (AP) y Salud Mental (SM). En concreto, destaca la dificultad para identificar adecuadamente los trastornos adaptativos, y se observa una importante tendencia por parte de atención primaria a filiar

como cuadros ansiosos o afectivos estos trastornos. (Landa, Goñi, García y Lizasoain, 2008).

Acorde con las líneas generales de consenso IEPA (International Early Psychosis Association), promoviendo la identificación temprana, la educación a la comunidad (información sobre el comienzo de la psicosis, tratamiento y apoyo), los programas de atención específicos para cada fase, los tratamientos farmacológicos prudentes, las intervenciones psicosociales y la incentivación de la investigación en psicosis, así como también el contar con las familias y las asociaciones para validar experiencias, se puede reducir de manera importante el impacto de los síntomas y permitir una recuperación inicial más rápida y concreta (International Early Psychosis Association Writing Group, 2005). El abordaje terapéutico, por lo tanto, ha de integrar intervenciones psicofarmacológicas e intervenciones psicosociales, incluyendo aspectos como la autonomía, la calidad de vida, el bienestar personal o la participación, es decir, la recuperación personal. Por ese motivo, es importante señalar que la intervención temprana en los primeros episodios no se debe reducir solo a la remisión de los síntomas, sino también a las dificultades de la funcionalidad consecuentes, ya que algunos estudios sugieren que el deterioro funcional no se limita a pacientes en fase aguda del trastorno, sino que el deterioro funcional se puede presentar pese a la recuperación sintomática (Strakowski, Williams, Fleck y Delbello, 2000; Tohen et al., 2000).

6.3. Síntesis

La importancia otorgada en mayor medida a la recuperación funcional y no únicamente a la reducción de los síntomas psicóticos es un reflejo del cambio que está sufriendo el enfoque de las intervenciones clínicas en psicosis en los últimos años. Sin embargo, todavía hoy en día existen diferentes abordajes en la intervención de la psicosis temprana, lo que dificulta el establecimiento de la organización asistencial de estos pacientes.

Para concluir, en la línea de lo expuesto, queremos remarcar la necesidad de establecer dispositivos de salud mental especializados en la detección y el abordaje de la psicosis temprana y de implantar modelos comunes de intervención, para favorecer la evolución y recuperación de estos pacientes.

Así, conocer el funcionamiento psicosocial de los pacientes con primeros episodios de psicosis es, por lo tanto, fundamental para perfilar el pronóstico del trastorno e identificar factores de riesgo que permitan mejorar el funcionamiento global y la calidad de vida de los pacientes (González-Ortega et al., 2011). Pero aunque las investigaciones apunten a que el deterioro en el funcionamiento psicosocial comienza en las primeras etapas del trastorno, dado que antes de un PEP hay un declive en ciertas áreas del funcionamiento del individuo, tales como el afecto depresivo, el aislamiento social, la disminución de la concentración y motivación, alteraciones en el sueño y suspicacia (Cano et al., 2007), se desconocen estudios que evalúen la percepción subjetiva de la calidad de vida que tiene la persona en la fase prodrómica del trastorno. Por ese motivo, es importante la tarea que se realiza desde los equipos de atención precoz con pacientes que pueden estar en riesgo de padecer psicosis, para así poder atender el sufrimiento de los propios pacientes y de sus familiares (Tizón, 2009). Una de las maneras de evaluar la recuperación de estos pacientes es, precisamente, observar si su percepción subjetiva se asimila a la que observa el propio clínico, motivo por el que a mejor funcionamiento global, mayor percepción subjetiva de la calidad de vida. De acuerdo con la International Early Psychosis Association (IEPA, 2003), en la intervención de una persona joven con Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) que busca activamente o acepta ayuda para su malestar asociado a los síntomas, se debe proporcionar información de una manera flexible, cuidadosa y clara sobre los riesgos del desarrollo de los trastornos mentales, así como de sus síntomas y problemas actuales (Bertolote y McGorry, 2005).

7.IMPLICACIONES CLÍNICAS

Para ilustrar los beneficios recíprocos entre la investigación y la clínica queremos remarcar situaciones clínicas relevantes que se han producido a lo largo de la investigación. Como hemos descrito en apartados anteriores, el Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP) fue creado y dedicado exclusivamente a la detección precoz y tratamiento de la psicosis, con el fin de captar y facilitar el acceso al sistema sanitario de aquellas personas que, por ejemplo, permanecían inaccesibles hasta que no eran diagnosticadas en un servicio de urgencias de un hospital general.

Estas personas que permanecen “ocultas” para el sistema sanitario hasta que no presentan síntomas claros de un trastorno psicótico, son las que presentan un riesgo más elevado de sufrir el trastorno.

Actualmente sabemos que, antes de un primer contacto con los servicios de Salud Mental (SM), las personas que sufren un trastorno psicótico llevan tiempo sufriendo y emitiendo síntomas; periodo que oscila entre meses y/o años, dependiendo del caso. No obstante, en realidad hay una falta de información sobre cómo viven las personas en las fases tempranas del trastorno (fase prodrómica), antes de un primer ingreso o del contacto con las redes de salud mental. Aun así, lo que sí sabemos es que el deterioro funcional psicosocial empieza en estas primeras etapas (González-Ortega et al., 2011).

El trabajo cercano y multidisciplinar del EAPPP permitió conocer profundamente las características clínicas y sociodemográficas de cada paciente, tanto los del grupo EMAR como los de PEP.

Me gustaría hacer referencia a una situación clínica concreta para poder explicar la relación clínica y de investigación que se ha dado a lo largo de este

trabajo. En la indagación del funcionamiento y percepción subjetiva de la calidad de vida de un paciente con perfil de Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR), mediante la entrevista semiestructurada y la heteroaplicación de la Quality of Life Scale (QLS), de Rodríguez et al. (1995), se detecta un chico que puede expresar, a través de la exploración de investigación, una situación personal estable a pesar de no presentar síntomas psicóticos.

El paciente explica abiertamente que tiene un número considerable de amistades, con las que mantiene un contacto constante y cercano. Debido a la cercanía entre el clínico de referencia y el propio paciente, se explora detalladamente las relaciones interpersonales y, finalmente, se halla que el paciente mantiene el contacto solamente con una persona por vía telefónica, con la que habla cada dos o tres meses. Asimismo, detectamos que el paciente reconoció sentirse “raro” en ocasiones, sin darle importancia a ello. Al enfrentarse él mismo a la realidad de su situación emocional y personal, confesó la incapacidad para intimar y la dificultad para mantener un rol instrumental y tener satisfacción.

El caso de este paciente, es un claro ejemplo de la necesidad de la Atención Precoz de la Psicosis, ya que este paciente, partiendo de la dificultad de intimar y de mantener un vínculo afectivo, puede ser detectado de otros trastornos mentales en lugar de detallar que es un Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) de padecer un trastorno psicótico. Sabemos, además, que muchos de los pacientes que sufren síntomas graves y que pierden progresivamente su calidad de vida en la fase prodrómica de la psicosis no reciben tratamiento. La primera fase de potenciación genérica del riesgo está fundamentada, principalmente, en las personas que consultan a los servicios de medicina primaria, debido al padecimiento de problemas mentales.

Por lo tanto, conocer realmente a los pacientes en riesgo de padecer un trastorno psicótico, sin incluir a falsos positivos, y averiguar sus percepciones y cogniciones, puede contribuir a reducir el período denominado “psicosis no tratada”, en inglés Duration of Untreated Psychosis (DUP) (McGorry et al., 1996; Häfner y Der Heiden, 1997; McGlashan, 1999; Johanessen et al., 2000;

McGorry, 2000; Edwards y McGorry, 2004; Johanessen, 2004). Sabemos que períodos de psicosis no tratados más prolongados se asocian a un curso del trastorno más desfavorable (Marshall et al., 2005; Perkins, Gu, Boteva y Lieberman, 2005), con el consecuente aumento de los costes que la psicosis genera (McGorry et al., 1996), incluyendo, factiblemente, los costes económicos totales del trastorno (Mangalore y Knapp, 2006).

8.CONCLUSIONES

8.1. Conclusiones del estudio

Esta investigación muestra la existencia de una larga fase prodrómica antes de un Primer Episodio de Psicosis (PEP). Asimismo, ha permitido observar y analizar la percepción subjetiva de los pacientes, diagnosticados de Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) y de PEP, en un ámbito no hospitalario, en una visión amplia que incluye funciones intrapsíquicas (cognición, emoción y afectividad), relaciones interpersonales (experiencia interpersonal y social), papel instrumental (trabajo, estudio, deberes parentales) y el uso de objetos comunes y actividades cotidianas.

En esta investigación se han analizado las características de cada grupo, EMAR y PEP, para comparar las características clínicas y sociodemográficas a pesar de la diferencia de sintomatología entre ambos, basada en los resultados de la escala PANSS. Así, se obtuvieron las conclusiones siguientes en relación a las preguntas de trabajo formuladas en esta investigación:

1. Tanto EMAR como PEP, presentan similitudes sociodemográficas, caracterizadas por un nivel socio-económico bajo y diferentes distribuciones en cuanto a la convivencia familiar; familia nuclear, familia monoparental y convivencia con amigos u otros familiares.
2. El perfil sociodemográfico de EMAR y de PEP es similar, pero, sin embargo, varía la edad de captación. En EMAR las edades son significativamente más tempranas que en el grupo PEP.

3. Hemos observado que hay más hombres que mujeres, lo que señala la presencia de síntomas psicóticos o señales de alarma más tempranas en hombres que en mujeres.
4. El impacto de la calidad de vida percibida de manera subjetiva por los propios pacientes del EAPPP, según presentaban un EMAR o un PEP, no supone diferencias perceptivas entre ambos grupos. No obstante, sí se diferencian en cuanto a las puntuaciones del GAF y de la escala PANSS, lo que señala la presencia de sintomatología específica en el grupo de PEP.
5. Cabe destacar, también, la comparación de los perfiles diagnósticos de la muestra, según presentaban un EMAR o un PEP. Así, se detalla un perfil de EMAR con tendencia a trastornos del comportamiento, como la conducta explosiva, y a trastornos afectivos, como por ejemplo la distimia o la depresión. Sin embargo, el grupo de PEP, presenta perfiles diagnósticos propios de la esquizofrenia y la psicosis.
6. De este modo, se muestra la evolución de diagnóstico de EMAR, vulnerables de convertirse en un PEP, cuya presencia de síntomas son conductuales o afectivos, sin sintomatología psicótica, pero con un funcionamiento similar a los PEP, y con una misma percepción subjetiva de la calidad de vida, diferente de la percibida por los clínicos de referencia de los propios sujetos.

No obstante, aunque contásemos con una muestra reducida, como ventajas, los sujetos con un perfil o trastorno psicótico comúnmente en la praxis clínica presentan una dificultad de adherencia al tratamiento, por lo que, a pesar de las dificultades presentadas de entrada, se ha podido trabajar con una muestra que, en psicosis, es difícil de alcanzar en pacientes no hospitalizados. Se sabe que las cifras de incumplimiento en la psicosis oscilan entre un 40 y 80%. Gaebel y Pietzcker (1983) hallaron, en su estudio alemán con pacientes de primer brote psicótico, que las tasas de incumplimiento son del 75% y, asimismo, Kane (1985) estima que las tasas de cumplimiento oscilan entre el 40% y el 50% en pacientes ambulatorios.

Finalmente, debemos tener presente que, en la percepción subjetiva de la calidad de vida, existen factores de influencia, como los determinantes sociales de salud positivos o negativos. Así, conocer i aclarar cómo y desde cuándo empieza el trastorno psicótico y cuáles son sus percepciones, cogniciones, conflictos y capacidades de contención y de resiliencia de una persona en riesgo de padecer un trastorno psicótico, supone una gran información para los profesionales que trabajan en contacto estrecho con estos pacientes y sus familiares. La detección precoz de los síntomas supondría una atención precoz al trastorno y a sus pródromos y, así, se podría atender antes y posiblemente la pérdida de la calidad de vida sería menos notoria.

8.2. Limitaciones del estudio

Debido a la imposibilidad de abarcar todos los factores de riesgo que pueden enfatizar una evolución hacia la psicosis, en este estudio se ha analizado el factor psicosocial y el clínico, partiendo de la base de que en la actualidad, el estudio de personas con trastornos psicóticos se ha ampliado desde el ámbito clínico hasta abarcar dimensiones del funcionamiento psicosocial y la calidad de vida (Cano et al., 2007).

Del mismo modo, queremos señalar que, las limitaciones del estudio debido al reducido tamaño de la muestra, no nos permiten exponer conclusiones definitivas, pero sí nos ayuda a conocer más acerca de los pacientes con psicosis temprana que han sido diagnosticados y tratados por un equipo especializado. Asimismo, debemos tener presente, como ya hemos señalado anteriormente, que existe una dificultad de adherencia al tratamiento de pacientes con un perfil o un trastorno psicótico en el ámbito ambulatorio, además de la existente distorsión entre el mundo interno y la realidad objetiva del propio paciente, motivo por el que a veces no concuerda con la percepción del clínico, en cuanto a la propia vivencia de la enfermedad. Esto, tradicionalmente se ha señalado como la falta de consciencia de enfermedad

del paciente y, asimismo, a veces se confunde con la poca predisposición de los pacientes a involucrarse de manera voluntaria en un tratamiento.

Además, el cierre del centro Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis (EPPP), por motivos externos al mismo, ha restringido de forma marcada la continuación de este estudio, en el que se pretendía comparar la percepción de la calidad de vida de los pacientes, tanto de EMAR como de PEP, desde su inicio del tratamiento hasta tiempo después del mismo

Así, las observaciones no permiten apreciar cambios duraderos, sino que más bien ofrecen una fotografía del estado inicial de las primeras consultas de los pacientes realizadas por el Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP). Sería oportuno, entonces, contar con un futuro con una muestra más amplia de participantes y con un periodo de investigación más amplio.

Por otro lado, el concepto de calidad de vida ha sido definido desde diferentes perspectivas, teniendo en cuenta la evolución histórica y contextual. Así, existe una amplitud de instrumentos para evaluar la calidad de vida en psiquiatría. Por ese motivo, es difícil elegir un instrumento en concreto y, además, cabe señalar que ninguno de ellos puede considerarse como definitivo (Lehman, 1988). Concretamente, para evaluar la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia, existen dificultades, entre otras razones, por la adaptación y la validación cultural e idiomática (la mayoría de instrumentos han sido desarrollados fuera de España) y también la carencia de referencias sobre las propiedades psicométricas en la mayoría de las escalas, excepto en la utilizada en este estudio, la Quality Life Scale, QLS, (Rodríguez et al., 1995), cuya fiabilidad es buena ($r=0,84-0,97$). En general, un buen número de instrumentos para evaluar la calidad de vida se encuentra aún en fase de desarrollo, o bien sus propiedades psicométricas no se han estudiado aún de manera exhaustiva, o, asimismo, no existen datos normativos o la existencia de aplicabilidad transcultural demostrada (Saxena, 1995).

Asimismo, existiendo estas limitaciones, consideramos la validez del estudio en referencia a los contextos referidos, es decir, en la práctica clínica no hospitalaria, y asumimos una limitada posibilidad de generalización de los resultados.

8.3. Futuras investigaciones

Nuestra investigación abre a **nuevos interrogantes** para futuras líneas de investigación a tener en cuenta.

1. Hay una amplitud de cuestionarios de evaluación de la calidad de vida en pacientes con trastornos psicóticos y ninguno de ellos puede considerarse como definitivo (Lehman, 1988). Por esta razón, apreciamos la línea de investigación en la creación de cuestionarios sobre la calidad de vida de los pacientes con trastornos psicóticos que tengan una elevada fiabilidad y validez.
2. Asimismo, debido a la subjetividad del término de calidad de vida, proponemos la creación de unos criterios establecidos para la evaluación de la calidad de vida.
3. Consideramos de importancia, también, la detección desde Atención Primaria de sujetos en riesgo de padecer psicosis, conocidos como Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR), para conocer más sobre sus características clínicas y sociodemográficas y, así, poder detectar un perfil más concreto y específico.
4. Sería interesante, además, la realización de investigaciones desde la universidad u otros centros, que proporcionaran más información de tipo familiar, clínico y sociodemográfico.

5. Finalmente, un aspecto muy importante consistiría en hacer un seguimiento de los pacientes, detectados de EMAR y de PEP, a lo largo de los años. Concretamente, estudios longitudinales de estos pacientes sin hospitalizar.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achenbach, T.M. (1992). *Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and 1992 Profile*. Burlington, V.T.: University of Vermont Department of Psychiatry.

Alcamí, M. (2005). El tratamiento de la psicosis en hospitales de día. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y adolescente*, 39/40, 5-30.

Álvarez-Segura, M., Llorente, C. y Arango, C. (2007). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *JANO Medicina y Humanidades*. (En prensa).

American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

Amigó, E., Angulo, F., Artemán, A., Callabed, J., Casalé, D. y Cerdán, G. (1999). *Programa de Seguiment del Nen Sa: Protocol de Salut Mental Infantil i Juvenil*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública- Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.

Amminger, G.P., Edwards, J., Brewer, W.J., Harrigan, S. y McGorry, P.D. (2002). Duration of untreated psychosis and cognitive deterioration in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 54, 223-230.

Artigue, J. (2013). Listado de Ítems de Salud Mental (LISMEN). *Temas de Psicoanálisis*, 5.

Artigue, J. y Tizón, J.L. (2012). Una experiencia de prevención y detección en la comunidad de las psicosis desde el modelo de comprensión psicoanalítico y comunitario: El Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP). *Temas de psicoanálisis*, 3.

Awad, A.G. y Voruganti, L. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: A review. *Pharmacoeconomics*, 26(2),149-162. Recuperado en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18198934>.

Barajas, A., Baños, I., Ochoa, S., Usall, J., Villalta, V., Dolz, M. ... Grupo GENIPE. (2007). Edad de inicio del primer episodio psicótico: ¿hay diferencias clínicas entre varones y mujeres? *Psiquiatría Biológica*, 14(4), 136-141.

Bechdolf, A., Phillips, L.J., Francey, S.M., Leicester, S., Morrison, A.P., Veith, V. ... McGorry, P.D. (2006). Recent approaches to psychological interventions for people at risk of psychosis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 256(3), 159-73.

Bennedsen, R.E. (1998). Resultados adversos del embarazo en pacientes con esquizofrenia las mujeres: factores de incidencia y el riesgo. *Schizophrenia Research*, 33, 1-26.

Bentall, R.P. y Fernyhough, C. (2008). Social predictors of psychotic experiences: Specificity and psychological mechanisms. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 1012-1020.

Bertolote, J. y McGorry, P.D. (2005). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. *British Journal of Psychiatry*, 187, 116-119.

Birchwood, M. y MacMillan, J.F. (1993). Early intervention in schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 374-378.

Birchwood, M., Todd, P. y Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis: The critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, 172(Suppl. 33), 53-59.

Bobes, J., García-Portilla, M. P., Bascaran, M. T., Saiz, P. A. y Bousoño, M. (2007). Quality of life in schizophrenic patients. *Dialogues in Clinical NeuroSciences*, 9(2), 215-226.

Bonanni M., Cetkovich-Bakmas, I., Cristiani Dabi, P., Donnoli V.F., Garrabé, J., Leiderman, E. ... Serrano Osés, F. (2003). Síntomas tempranos y prodrómicos de la esquizofrenia. *Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias*, 53(14).

Botbol, M., Barrère, Y. y Speranza, M. (2005). Psychoses à l'adolescence. *EMC Psychiatrie*, 2(3), 195-206.

Botbol, M. y Speranza, M. (2004). Psicosis en la adolescencia. *Elsevier*, 3(39), 1-7.

Bravo, M.F., Vallina, O., San Emetrio, M., Cid, J., Ibáñez, V., González, J. ... Fernández, A. (2009). *Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Madrid: Cuadernos técnicos.

Brewer, W.J., Wood, S.J., Phillips, L.J., Francey, S.M., Pantelis, C., Yung, A.R. ... McGorry, P.D. (2006). Generalized and specific cognitive performance in clinical high-risk cohorts: a review highlighting potential vulnerability markers for psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 538–555.

Cano, J.F., Fierro-Urresta, M., Vanegas, C.R., Alzate, M., Olarte, A., Cendales, R. ... Córdoba, R.N. (2007). Factores pronósticos de esquizofrenia en primer episodio psicótico. *Revista de Salud Pública*, 9(3), 455-64.

Chapman, J.P., Chapman, L.J., Raulin, M.L. y Eckblad, M. (1994). Putatively Psychosis-prone Subjects 10 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(4), 399-407.

Ciurana, R. (2011). La psicosis desde la perspectiva de la atención primaria. *Psicopatología de la Salud Mental*, 18, 43-50.

Cornblatt, B., Lencz, T., Smith, C., Correll, C., Auther, A. y Nakayama, E. (2003). The schizophrenia prodrome revisited: a neurodevelopmental perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 633-651.

Cullberg J. (2006). *Psychoses: An integrative perspective*. London: Routledge.

Cyrlunik, B. (2007). *De cuerpo y alma. Neuronas y afectos: la conquista*. Barcelona: Gedisa.

De Loore, E., Gunther, N., Drukker, M., Feron, F., Sabbe, B., Deboutte, D. ... Myin-Germeys, I. (2008). Auditory hallucinations in adolescence: A longitudinal general population study. *Schizophrenia Research*, 102, 229-230.

Dhossche, D., Ferdinand, R., Van der Ende, J., Hofstra, M. B. y Verhulst, F. (2002). Diagnostic outcome of self-reported hallucinations in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine* 32, 619-627.

Edwards, J. y McGorry, P. (2002). *Implementing early intervention in psychosis: A guide to establishing early psychosis services*. London: Dunitz.

Edwards, J. y McGorry, P. (2004). *La intervención precoz en la Psicosis: Guía para la creación de servicios de intervención*. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras psicosis.

Emsley, R., Rabinowitz, J. y Medori, R. (2007). Early Psychosis Global Working Group. Remission in early psychosis: Rates, predictors, and clinical and functional outcome correlates. *Schizophrenia Research*, 89(1-3), 129-139.

Escobar, R. (2000). Primer episodio psicótico. *Avances en psiquiatría biológica*, 1, 46-55.

Ezpeleta, J. (2005): *Factores de riesgo de la psicopatología del desarrollo*. Barcelona: Masson.

Fernández, M. C., Buitrago, F., Ciurana, R., Chocrón, L., García, J., Montón, C., Redondo, M. J. y Tizón, J. L. (2007). Programa de prevención en salud mental en atención primaria. *Atención Primaria*, 39, 88-108.

Fonseca-Pedrero E., Santarén, M., Lemos, S., Paino, M., Sierra, S. y Muñiz, J. (2011). Síntomas psicóticos subclínicos en población general adolescente. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(3), 155-62.

Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Muñiz, J., García-Cueto, E. y Campillo-Álvarez, A. (2008). Schizotypy in adolescence: The role of gender and age. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(2), 161-165.

Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Santarén-Rosell, M., Sierra-Baigrie, S. y Ordóñez-Cambor, N. (2009). Instrumentos de medida para la evaluación del fenotipo psicótico. *Papeles del Psicólogo*, 32(1), 129-151.

Fonseca-Pedrero, E., Santarén-Rosell, M., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Sierra-Baigrie, S. y Muñiz, J. (2011). Síntomas psicóticos subclínicos en población general adolescente. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(3), 155-162. *for Children up to 6 years*. Brussels: European Commission.

Freund, N., García, P.R., Harkous, C.A., Brañas, A. y Pelaz, A. (2012). Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR). Vulnerabilidad genética y trauma infantil. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 4.

Friis, S., Melle, I., Larsen, T.K., Haar, U., Johannessen, J.O. y Simonsen, E. (2004). Does duration of untreated psychosis bias study samples of first-episode psychosis? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 286-291.

Fundació Nou Barris (2006). Trastorn mental greu. *L' Interrogant*, 7.

Gabay, P.M., Fernandez Bruno, M. y Roldan, E. (2006). Sexual behavior in patients with schizophrenia: a review of the literature and survey in patients attending a rehabilitation program. *Vertex*, 17(66), 136-144.

Gaebel, W. y Pietzcker, A. (1983). Indikation zur neuroleptischen Langzeitmedikation-Standardverfahren oder individualprognostisch geleitete intervention? *Nervenarzt*, 54,467-476.

García-Ibáñez, J. y Tizón, J.L. (Coords.). (2006). *Grup de treball: Factor de Risc i Programes Preventius per a 0-12 anys, Pla Director de Salut Mental i Adiccions de la Generalitat de Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya i Servei Català de la Salut.

Generalitat de Catalunya (2013). *Serveis d'atenció a la salut*. Recuperado en <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/>

Giner, J., Ibáñez, E., Cervera, S., Sanmartín, A. y Caballero, R. (2001). Experiencia subjetiva y calidad de vida en la esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(4), 233-242.

Godoy, J.F. (1991). Avances en la intervención cognitivo-conductual en la esquizofrenia. En Junta de Andalucía (Ed.), *Seminarios de la Unidad de Docencia y Psicoterapia* (p.70-86). Sevilla: Junta de Andalucía.

Goetz, M., Tohen, C., Reed, M., Lorenzo, E., Vieta, E. y EMBLEM Advisory Board. (2007). Functional impairment in patients with mania: baseline results of the EMBLEM study. *Bipolar Disorders*, 9, 45-52.

Gómez, A. y Botella, L. (2007). Efecto de una intervención psicosocial sobre la calidad de vida, estado sintomático y construcción del sí mismo en pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 2, 49-367.

González, E., Villanueva, J.L., García, P. y Arias, T. (2003). Evaluación de la calidad de vida en una población de pacientes ambulatorios esquizofrénicos crónicos. *Psiquis*, 24(6), 267-275.

González-Ortega, I., Alberich, A., Martínez-Cengotitabengoa, M., Barbeito, S., Vega, P., Ruiz de Azúa, S. ... González-Pinto, A. (2011). Funcionamiento psicosocial en pacientes con primeros episodios psicóticos: seguimiento a 1 año. *12º Congreso virtual de psiquiatría*. Recuperado en <http://www.interpsiquis.com>.

Gooding, D.C., Tallent, K.A. y Matts, C.W. (2005). Clinical status of at-risk individuals five years later: Further validation of the psychometric high-risk strategy. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 170-175.

Goodwin, D.W. y Guze, S.B. (1989). *Psychiatric Diagnosis*. New York: Oxford University Press.

Guedeney, A., Charron, J., Delour, M. y Fermanian, J. (2001). L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'Échelle d'alarme détresse bébé. (ADBB). *La Psychiatrie de l'Enfant*, 44(1), 211-231.

Guedeney, A. y Fermanian, J. (2001). A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The Alarm Distress Baby Scale. *Infant Mental Health Journal*, 22(5), 559–575.

Häfner, H. y Der Heiden, W. (1997). Epidemiology of Schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(2), 139-151.

Häfner, H., Der Heiden, W., Behrens, S., Gattaz, W. F., Hambrecht, M., Löffler, W. ... Stein, A. (1998). Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 99-113.

Häfner, H., Hambrecht, M., Löffler, W., Munk-Jorgenson, P. y Reicher-Rossler, A. (1998). Causes and consequences of the gender difference in age of onset of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 99-113.

Häfner, H. y Maurer, K. (2006). Early detection of schizophrenia: current evidence and future perspectives. *World Psychiatry*, 5(3), 130-138.

Hanssen, M., Peeters, F., Krabbendam, L., Radstake, S., Verdoux, H. y van Os, J. (2003). How psychotic are individuals with non-psychotic disorders? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(3), 149-154.

Hanssen, M., Bak, M., Bijl, R., Vollebergh, W. y van Os, J. (2005). The incidence and outcome of subclinical psychotic experiences in the general population. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 181-119.

Harris, M., Henry, L., Harrigan, S., Purcell, R., Schwartz, O. y Farrelly, S. (2005). The relationship between duration of untreated psychosis and outcome: An eight-year prospective study. *Schizophrenia Research*, 79, 85-93.

Heider, D., Angermeyer, M.C., Winkler, I., Schomerus, G., Brugha, T., Azorin, J.M. ... Toumi, M. (2007) A prospective study of Quality of life in schizophrenia in three European countries. *Schizophrenia Research*, 93(1-3), 194-202.

Heinrichs, D.W., Hanlon, T.E. y Carpenter, W.T.J.R. (1984). The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10(3), 388-398.

Hernández, V. (2008). *La Psicosis: fundamentos psicodinámicos y concepción clínica*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Huang, C.Y., Sousa, V.D., Tsai, C.C. y Hwang, M.Y. (2008). Social support and adaptation of Taiwanese adults with mental illness. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1795-1802.

Hueso, H. (2011). Riesgo del síndrome de síntomas psicóticos atenuados en DSM-V. *Norte de salud mental*, 9(39), 19-26.

IEPA. (2003). Draft consensus statement – principles and practice in early psychosis. *International Early Psychosis Association*. En <http://www.iepa.org.au>

International Early Psychosis Association Writing Group. (2005). International clinical practice guidelines for early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 48(187), 120-124.

Jablenski, A. (1999). Schizophrenia: epidemiology. *Current Opinion in Psychiatry*, 12, 19–28.

Jané-Ilopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89, 67-79.

Jarne, A. y Talarn. (2005). *Manual de psicopatología clínica*. Barcelona: Fundación Barraquer.

Jiménez, R., Vázquez, A. y Vázquez, R. (2007). Habilidades sociales y apoyo social en esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7(1), 61-71.

Johannessen, J.A. (2004). The Development of early Intervention Services. En J. Read, L. Moshier y R. Bentall (Eds.). *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*. London: Brunner-Routledge.

Johannessen, J.O., Larsen, T.K., McGlashan, T.H. y Vaglum, P. (2000). Early intervention in psychosis: the TIPS project: A multi-center study in Scandinavia. En B.V. Martindale, A. Bateman, M. Crowe y F. Margison (Eds.). *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*, (p.210-234). London: Royal College of Psychiatrists.

Johannessen, J.A., Martindale, B.V. y Cullberg, J. (Eds.). (2006). *Evolving psychosis: different stages, different treatments*. London and New York: Routledge.

- Johnstone, E.C., Ebmeier, K.P., Miller, P., Owen, D.G.C. y Lawrie, S. M. (2005). Predicting schizophrenia: Findings from the Edinburgh High-Risk Study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 18-25.
- Kalla, O., Aaltonen, J., Lehtinen, V., García Cabeza, J. y 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.
- Kane, J.M. (1985). Compliance Issues in Outpatient Treatment. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 5(Suppl 3), 22-27.
- Katschnig, H. (2006). Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry*, 4(3), 139-145.
- Kay, S.R., Fiszbein, A. y Opler, L.A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kendler, K. S., Gallagher, T. J., Abelson, J. M. y Kessler, R. C. (1996). Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. The National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1022-1231.
- Kimura, D. (1999). *Sex and cognition*. London: MIT Press.
- Klosterkötter, J. (2008). Indicated prevention of schizophrenia. *Deutsches Arzteblatt International*, 105(30), 532–39.
- Klosterkötter, J., Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F., Salokangas, R., Linszen, D., Birchwood, M. ...Von Reventlow, H. (2005). The European Prediction of Psychosis Study (EPOS): integrating early recognition and intervention in Europe. *World Psychiatry*, 4(3), 161–167.
- Knapp, M. (2000). Schizophrenia costs and treatment cost-effectiveness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 158-164.

Krstev, H., Carbone, S., Harrigan, S., Curry, C., Elkins, K. y McGorry, P. (2004). Early intervention in first-episode psychosis: The impact of a community development campaign. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 711–719.

Kwapil, T.R., Miller, M.B., Zinser, M.C., Chapman, J.P. y Chapman, L.J. (1997). Magical ideation and social anhedonia as predictors of psychosis proneness: a partial replication study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 491-495.

Kwapil, T.R., Chapman, L.J. y Chapman, J. (1999). Validity and usefulness of the Wisconsin manual for rating psychotic-like experiences. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 363–375.

Lalucat, L. y Tizón, J.L. (Cord.). (2007). *Programa d'Atenció Específica al Trastorn Psicòtic Incipient del Plà Director de Salut Mental i Adiccions de la Generalitat de Catalunya*. Barcelona: Servei Català de la Salut.

Landa, N., Goñi, A., García, E. y Lizasoain, E. (2008). Concordancia en el diagnóstico entre Atención Primaria y Salud Mental. *Atención Primaria*, 40(6), 285-289.

Larsen, T.K. (2006). Poor social and interpersonal functioning prior to diagnosis predicts poor outcome for people with first episode psychosis. *Evidence-Based Mental Health*, 9(1), 5.

Larsen, T.K., Johannessen, J.O. y Opjordsmoen, S. (1998). First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis. Pathways to care. *British Journal of Psychiatry*, (Suppl.172), 45-52.

Lehman, A.F. (1988). A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 11, 51-62.

Leiderman, E.A. (2004). Indicadores tempranos de la esquizofrenia: ¿Podemos predecir la enfermedad? *Vertex*, 13, 213-219.

Lemos, S., Vallina, O., Fernández, P., Ortega, J.A., García, P., Gutiérrez, A. ... Miller, T. (2006). Validez predictiva de la Escala de Síntomas Prodrómicos (SOPS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34, 216-223.

Lester, H. (2001). First episode psychosis. Ten minute consultation. *British Medical Journal*, 323, 1048.

Malla, A., Norman, R., Scholten, D., Manchanda, R. y 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.

Mandel, C., Gozlan, G. y Hamelin, J. (2005). Clinique pédiatrique de la schizophrénie: dépistage précoce et diagnostic au cours de l'enfance et de l'adolescence. *Médecine et enfance*, 647-655.

Mangalore, R. y Knapp, M. (2006), "Cost of Schizophrenia in England", London, Personal Social Services Research Unit (PSSRU). *Discussion Paper*, 2376, 1-57.

Manzano, J. (2001). *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos*. Madrid: Necodisne.

Manzano, J. y Palacio-Espasa, F. (2002). *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*. Bilbao: Altxa.

Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P. y Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episodes patients. *Archives of General Psychiatry*, 62(9): 975-83.

Martin, R.L. y Yutzy, S.H. (1996). Trastornos de Somatización. En R.E. Hales, S.C. Yudofsky y J.P. Talbott. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ancora.

Martindale, B. y Bateman, A. (Eds.). (2000). *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*. Londres: Gaskell.

Mason, O., Straup, M., Halpin, S., Schall, U., Conrad, A. y Carr, V. (2004). Risk factors for transition to first episode psychosis among individuals with 'at-risk mental states'. *Schizophrenia Research*, 71, 227-237.

Maurer, K., Hörmann, F. y Schmidt, G. (2004). The early recognition inventory ERlraos: a two-step procedure for detection of "at-risk mental states". *Schizophrenia Research*, 70, 76.

McGlashan, T.H. (1999). Duration of untreated psychosis in first episode schizophrenia: marker or determinant of course? *Biological Psychiatry*, 46, 899-907.

McGlashan, T.H., Miller, T.J. y Woods, S.W. (2001). A scale for the assessment of symptoms and states. En: T.J. Miller, S.A. Mednick, T.H. McGlashan, J. Libiger y J.O. Johannessen (Eds.). *Early intervention in psychotic disorders* (p. 135-139). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

McGlashan, T.H., Addington, J., Cannon, T., Heinimaa, M., McGorry, P., O'Brien, M. ... Yung, A. (2007). Recruitment and Treatment practices for help-seeking "prodromal" patients. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (3), 715-726.

McGorry, P.D., Edwards, J., Mihaloferos, C., Harrigan, S.M. y Jackson, H.J. (1996). EPPIC: An Evolving System of early Detection and Optimal Management. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 305-326.

McGorry, P.D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S.M. y Jackson, H.J. (1996), "EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management", *Schizophrenia Bulletin*, 22, 305-326.

McGorry, P.D. (2000). Psychotherapy and Recovery in early Psychosis: a Core Clinical and Research Challenge. En B. Martindale, M. Crowe, F. Margison (Eds.), *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness* (p. 226-292). London: Gaskell.

McGorry, P.D., Killackey, E. y Yung, A.R. (2007). Early intervention in psychotic disorders: detection and treatment of the first episode and the critical early stages. *Medical Journal of Australia*, 187, 8-10.

McGorry, P.D., Killackey, E. y Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*, 7(3), 148–156.

Medina, O., Moreno, D. y Arango, C. (2007). Diagnóstico de psicosis en niños y adolescentes: Una tarea nada fácil. *Archivos venezolanos de psiquiatría y neurología*, 25(53).

Meissels, S.J. y Shonkoff, J.P. (Comps). (1990). *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Press Sybdic of the University of Cambridge.

Melle, I., Larsen, T.K., Haahr, U., Friis, S., Johannessen, J.O., Opjordsmoen, S. ... McGlashan, T. (2004). Reducing the duration of untreated first-episode of psychosis: effects on clinical presentation. *Archives General of Psychiatry*, 61, 143-50.

Menezes, N.M. y Milovan, E. (2000). First-episode psychosis: a comparative review of diagnostic evolution and predictive variables in adolescents versus adults. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 710–16.

Mental Health Europe- European Comisión. (2000). 'Mental Health Promotion mental states'. *Schizophrenia Research*, 71, 227-237.

Miller, T.J., McGlashan, T.H., Woods, S.W., Stein, K., Driesen, N., Corcoran, C.M., Hoffman, R. y Davidson, L (1999). Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. *Psychiatric Quarterly*, 70, 273-287.

Mingote, J.C., del Pino, P., Huidobro, A., Gutiérrez, D., de Miguel, I. y Gálvez M. (2007). El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. *Revista de Medicina y Seguridad del Trabajo*, 52(208), 29-52.

Mínguez, L., González, E., Alonso, F., Sanguino, R. M. y García, Y. (2005). Efectos adversos de los antipsicóticos y calidad de vida. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(1), 1-6.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente

Mohr, P. (2007). Quality of life in the long-term treatment and the role of second-generation antipsychotics. *Neuroendocrinology Letters*, 1, 117-133.

Mojtabai, R. (2006). Psychotic-like experiences and interpersonal violence in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 183-190.

Monchablon, A., Derito, N.C. y Martínez, G. (2006). Inicio y curso del proceso esquizofrénico. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 3(13).

Morales, N., Tizón, J.L., Cabré, V. y Artigue, J. (2012). Estudio de la calidad de vida en pacientes con psicosis incipiente. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(116), 723-738.

Morrison, A. P., French, P., Lewis, S., Roberts, M., Raja, S., Neil, S. ... Bentall, R.P. (2006). Psychological factors in people at ultra-high risk of psychosis: Comparison with non-patients and associations with symptoms. *Psychological Medicine*, 36, 1395-1404.

Morrison, A.P., French, P., Walford, L., Lewis, S.W., Kilcommons, A., Green, J., Parker, S. y Bentall, R.P. (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. y Haggerty, R.J. (Eds.) (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.

Mueser, K.T., Pratt, S.I., Bartels, S.J., Forester, B., Wolfe, R. y Cather, C. (2010). Neurocognition and social skill in older persons with schizophrenia and major mood disorders: An analysis of gender and diagnosis effects. *Journal of Neurolinguistics*, 23, 297-317.

Murray, R.M. (1994). Neurodevelopmental schizophrenia: The rediscovery of dementia praecox. *British Journal of Psychiatry*, 165 (Suppl.), 6-12.

Napal O., Ojeda N., Elizagarate E., Pena J., Ezcurra J. y Gutierrez M. (2012). The course of the schizophrenia and its impact on cognition: a review of literature. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(4), 198-220.

Nicholl, D., Akhras, K.S., Diels, J. y Schadrack, J. (2010). Burden of schizophrenia in recently diagnosed patients: Healthcare utilization and cost perspective. *Current Medical Research and Opinion*, 26, 943-955.

Norman, R.M., Townsend, L. y Malla, A.K. (2001). Duration of untreated psychosis and cognitive functioning in first-episode patients. *British Journal of Psychiatry*, 179, 340-345.

Novak-Grubic, V. y Tavcar, R. (2002). Predictores del incumplimiento terapéutico en varones con primer episodio de esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastorno esquizoafectivo. *European Psychiatry*, 17, 148-154.

Olsen, K.A. y Rosenbaum, B. (2006). Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: review of studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 247-72.

Oliva-Moreno, J., López-Bastida, J., Osuna-Guerrero, R., Montejo-González, A.L. y Duque-González, B. (2006). The costs of schizophrenia in Spain. *European Journal of Health Economics* 7(3):182-188.

OMS/Europa (2011). *Impact of economic crises on mental health*. Copenhagen: WHO.

Organización Mundial de la Salud: CIE-10. (1994). *Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios Diagnóstico de Investigación*. Madrid: Meditor.

Orygen Youth Health (2002). *The early diagnosis and management of psychosis. A booklet for General Practitioners*. Melbourne.

Palma, A., Farriols, N., Cebrià, J. y Cañete-Crespillo, J. (2006). Detección precoz de signos tempranos en la esquizofrenia desde atención primaria. *Jano*, 1.616.

Parellada, E. (2001). Neurodesarrollo frente a neurodegeneración: hipótesis neuroanatómicas de la esquizofrenia. *Psiquiatría Biológica*, 8, 225-230.

Peralta, V. y 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.

Perkins, D.O., Gu. H., Boteva, K. y Lieberman, J.A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical reviewed and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1785-1804.

Peters, E., Joseph, S., Day, S. y Garety, P. (2004). Measuring delusional ideation: the 21-item Peters et al. Delusions inventory (PDI). *Schizophrenia Bulletin*, 30, 1005-1022.

Piedra, F.J. (2002). Aproximación a las psicosis para el médico de Atención Primaria. *Medicina General*, 45, 481-496.

Pinkham, A.E., Penn, D.L., Perkins, D.O., Graham, K.A. y Siegel, M. (2007). Emotion perception and social skill over the course of psychosis: A comparison of individuals "at-risk" for psychosis and individuals with early and chronic schizophrenia spectrum illness. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12, 198-212.

Poulton, R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Cannon, M., Murray, R. y Harrington, H. (2000). Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: A 15-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1053-1058.

Quijada, Y., Tizón, J.L., Artigue, J. y Parra, B. (2010). At-risk mental state (ARMS) detection in a community service center for early attention to psychosis in Barcelona. *Early Intervention in Psychiatry*, 4(3), 257-262.

Redondo, P. (2004). *Escuelas y pobreza. Entre el desasosiego y la obstinación*. Buenos Aires: Paidós.

Rodríguez, A., Rodríguez, M., Jarne, A., Soler, R., Miarons, R. y Grau, A. (1995). Estudio factorial y adaptación de la escala de calidad de vida en la esquizofrenia (Q.L.S.). *Revista de Psicología General y Aplicada*, 48, 353-364.

Rosen, J., Miller, T., D'Andrea, J., McGlashan, T. y Woods, S. (2006). Comorbid diagnoses in patients meeting criteria for the schizophrenia prodrome. *Schizophrenia Research*, 85, 124-131.

Rössler, W., Riecher-Rössler, A., Angst, J., Murray, R., Gamma, A., Eich, D. ... Gross, V.A. (2007). Psychotic experiences in the general population: A twenty-year prospective community study. *Schizophrenia Research*, 92(1-3), 1-14.

Saxena, S. (1995). *Quality of life assessment in schizophrenia*. Ginebra: Seminarios sobre Calidad de Vida y Esquizofrenia.

Schomerus, G., Heider, D., Angermeyer, M., Bebbington, P., Azorin, J., Brugha, T. ... Toumi, M. (2007). Residential area and social contacts in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42,617-622.

Scott, J., Welham, J., Martin, G., Bor, W., Najman, J., O' Callaghan, M. ... McGrath, J. (2008). Demographic correlates of psychotic-like experiences in young Australian adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 230-237.

Skeate, A., Jackson, C.P., Birchwood, M. y Jones, C.A. (2004). Duration of Untreated Psychosis and Pathways to care in first episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 181, 73-77.

Skeate, A.L., Jackson, C.P., Jones, C.A. y Birchwood, M. (2002). Duration of untreated psychosis and pathways to care in first-episode psychosis: Investigation of help-seeking behaviour in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 181, 73-77.

Stefanis, N.C., Hanssen, M., Smirnis, N.K., Avramopoulos, D.A., Evdokimidis, I.K., Stefanis, C.N. ... Van Os, J. (2002). Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychological Medicine*, 32, 347-358.

Strakowski, S.M., Sax, K.W., McElroy, S.L., Keck, P.E., Hawkins, J.M. y West, S.A. (1998). Course of psychiatric and substance abuse syndromes co-occurring with bipolar disorder after a first psychiatric hospitalization. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 465-471.

Strakowski, S.M., Williams, J.R., Fleck, D.E. y Delbello, M.P. (2000). Eight-month functional outcome from mania following a first psychiatric hospitalization. *Journal of Psychiatric Research*, 34, 193-200.

Strous, R.D., Alvir, J.M., Robinson, D. y Sheitman, B. (2004). Funcionamiento premórbido en la esquizofrenia y respuesta al tratamiento. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 265-278.

Svirskis, T., Korkeila, J., Henimaa, M., Huttunen, J., Ilonen, T., Ristkari, T. ... Salokangas, R. (2007). Quality of life and functioning ability in subjects vulnerable to psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 155-160.

Tizón, J.L. (1999). *Propuesta de Programa de Atención Integral al Paciente Psicótico (PAIPP)*. Barcelona: Unitat de Salut Mental de Sant Martí-La Mina, Institut Català de la Salut.

Tizón, J.L. (2000). Psicopatología relacional de las Psicosis: Apuntes para la fundamentación del tratamiento psicológico de los trastornos psicóticos. *Psicosomática y Psicoterapia*, 20(44), 25-78.

Tizón, J.L. (2001). Una aproximación a las posibilidades de la atención primaria a la salud mental de la infancia. *Cuadernos de Gestión*, 7, 9-30.

Tizón, J.L. (2004). Epidemiología de las psicosis desde los servicios comunitarios de salud mental y de Atención Primaria de Salud. *Archivos de Psiquiatría*, 67, 139-144.

Tizón, J.L. (2007). Orientaciones para comprender y ayudar a los familiares y allegados del paciente con psicosis (II): ante los posibles pródromos. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 16(7), 432-36.

Tizón, J.L. (2009). Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 103(29), 35-62.

Tizón J.L., Artigue, J., Gomà, M., Parra, B. y Marzari, B. (2004). La observación de bebés en una Unidad Funcional de Atención a la Salud Mental de la Primera Infancia (UFAPI). *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 37(38), 85-112.

Tizón, J.L., Artigue, J., Parra, B., Gomà, M., Ferrando, J., Pareja, F. ... Parés, A. (2004). La esquizofrenia en atención primaria: el estudio SASPE (Señales de Alerta y Síntomas Prodrómicos de la Esquizofrenia en APS). Protocolo de una investigación empírica. *Atención Primaria*, 34(9), 493-498.

Tizón, J.L., Artigue, J., Parra, B. Sorribes, M., Ferrando, J., Pérez, C. ... Marzari, B. (2008). Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva?. *Clínica y Salud*, 19(1), 27-58.

Tizón, J.L., Artigue, J., Quijada, Y., Gassó, J.M. y Morales, N. (2010). *Póster: Síntomas iniciales de las psicosis delirantes ("no afectivas")*. Madrid: XV Curso Anual de Esquizofrenia "Crisis, emociones y psicosis".

Tizón, J.L. y Ciurana, R. (1994). Prevención en Salud Mental: El Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (mental) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 47, 43-65.

Tizón, J.L., Ciurana, R., Buitrago, F., Camón, R., Chocron, R. y Fernández, C. (1997). Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 20, 122-151.

Tizón, J.L., Ferrando, J., Artigue, J., Parra, B., Parés, A., Gomà, M. ... Català, L. (2010). Psicosis y diferencias sociales: Comparando la prevalencia de las psicosis en dos medios urbanos diferenciados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(106), 193-218.

Tizón, J.L., Ferrando, J., Parés, A., Artigue, J., Parra, B. y Pérez, C. (2007), Los trastornos esquizofrénicos en la atención primaria a la salud mental, *Atención Primaria*, 39, 61–67.

Tizon, J.L., Morales, N., Artigue, J., Quijada, Y., Pérez, C., Pareja, F. ... Salamero, M. (2013). Delusional disorders: Prevalence in two socially differentiated neighbourhoods of Barcelona. *Psychosis*, 1-9. doi:10.1080/17522439.2013.773364

Tizón, J.L., SanJosé, J. y Nadal, D. (1999). *Protocolos y programa elementales para la atención primaria a la salud mental I y II*. Barcelona: Herder.

Tohen, M., Hennen, J., Zarate, C., Baldessarini, R.J., Strakowski, S.M., Stoll, A. ... Cohen, B.N. (2000). Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first episode major affective disorder with psychotic features. *American Journal of Psychiatry*, 157, 220-228.

Tohen, M., Zarate, C., Hennen, J., Khalsa, H.M., Strakowski, S.M., Gebre-Medhin, P. ... Baldessarini, R.J. (2003). The McLean-Harvard First-Episode Mania Study: Prediction of Recovery and First Recurrence. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2099-2107.

Turner, M.A., Boden, J.M., Smith-Hamel, C. y Mulder, R.T. (2009). Outcomes for 236 patients from a 2-year early intervention in psychosis service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 129-137.

Usall, J. (2003). Diferencias de género en la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 30(5), 276-287.

Vallina, O. (2003). Los orígenes de la cronicidad: Intervenciones iniciales en psicosis. *Boletín de la Asociación madrileña de rehabilitación psicosocial*, 15-27.

Vallina, O., Fernández, P. y Lemos, S. (2012). La atención al primer episodio psicótico. En Desviat, M. y Moreno, A. (Eds.) Acciones de Salud Mental en la Comunidad. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 535-543.

Vallina, O., Lemos, S. y Fernández, P. (2006). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 185-221.

Van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R.V. y Vollebergh, W. (2001). Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: An urban-rural comparison. *Archives of General Psychiatry*, 58, 663-668.

Van Os, J., Linscott, R.J., Myin-Germys, I., Delespaul, P. y Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39, 179–195.

Van Os, J., Verdoux, H., Maurice-Tison, S., Gay, B., Liraud, F., Salomon, R. ... Bourgeois, M. (1999). Self-reported psychosis-like symptoms and the continuum of psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 459-463.

Van Zelst, C. (2009). Stigmatization as an environmental risk in schizophrenia: a user perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 293-96.

Varese, F., Feikje, S., Drukker, M., Ritsaert, L., Tineke, L., Viechtbauer, W. ... Bentall, R.P. (2012), Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies, *Schizophrenia Bulletin*.

Vargas, M.L., Jimeno-Bulnes, N. y Jimeno-Valdés, A. (1995). Los síntomas básicos como indicadores cognitivos de vulnerabilidad a la esquizofrenia. *Biological Psychiatry*, 2(2), 63-70.

Verdoux, H.I., Maurice-Tison, S., Gay, B., Van Os, J., Salamon, R. y Bourgeois, M.L. (1998). A survey of delusional ideation in primary-care patients. *Psychological Medicine*, 28(1), 127-134.

Verdoux, H., Van Os, J., Maurice-Tison, S., Gay, B., Salamon, R. y Bourgeois, M. (1999). Increased occurrence of depression in psychosis-prone subjects: a follow-up study in primary care settings. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 462-468.

Weinberger, D.R. (1987). Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 44, 660-669.

WHO-OMS, WHO European Ministerial Conference on Mental Health (2005). *Facing the Challenges, Building solutions*. Ginebra: WHO-OMS.

Yung, A.R. (2006). Identification of the Population. En J. Addington, S.M. Francey y A.P. Morrison, *Working with people at high risk of developing psychosis: A treatment handbook* (p.7-23). New York: John Wiley.

Yung, A.R. (2007). Identification and treatment of the prodromal phase of psychotic disorders: perspectives from the PACE Clinic. *Early Intervention in Psychiatry*, 1, 224-235.

Yung, A.R. y McGorry, P.D. (1996). The prodromal phase of first episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 353-370.

Yung, A.R., Phillips, L. y McGorry, P.D. (2004). *Treating schizophrenia in the prodromal phase*. London: Taylor and Francis.

Zabala, I. y Manzano, J. (1993). Psicopatología durante la infancia en un grupo de adultos esquizofrénicos. *Informaciones Psiquiátricas*, 134(4), 381-387.

Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126.

ANEXOS

Chequeo ERiraos[®]

Inventario de Detección Precoz: Early Recognition Inventory) v.E-4

Este cuestionario consiste en 15 ítems orientados a evaluar principalmente los síntomas prodromáticos presentes en los últimos 12 meses. Han de responderse con un "sí" o un "no", independientemente de la duración del síntoma. La respuesta a estas preguntas intenta la detección temprana de trastornos mentales graves.

DIRECTRICES PARA LA ENTREVISTA

El redactado de las preguntas (página 2) y su secuencia le ayudará a ordenar la entrevista. Se trata tan sólo de una sugerencia para realizar una entrevista estructurada. **Si no hay entrevistador** disponible (Médico, Psicólogo, Enfermero, Trabajador Social o Maestro), el Paciente o Usuario puede usar el cuestionario marcando las respuestas en la hoja de resultados.

El entrevistador empieza normalmente por la pregunta impresa en negrita. Si la respuesta no es clara, deberá hacer más averiguaciones, utilizando los ejemplos presentes en cada pregunta (página 2), para una exploración más detallada.

Si el entrevistador está familiarizado con el cuestionario y con la evolución de los síntomas, puede hacer las preguntas con sus propias palabras. Si el entrevistador se siente capaz de realizar la entrevista usando sólo la hoja de resultados, también puede hacerlo así.

INSTRUCCIONES PARA LA HOJA DE RESULTADOS

Por favor: En la hoja de respuesta, marque en la casilla correspondiente a cada pregunta la respuesta adecuada, sea "**SI**"-o "**NO**" (página 3). La hoja de respuestas termina con una pregunta general acerca del curso de los síntomas durante el último año.

En la página 4 se solicita información adicional sobre el entrevistado.

En esa página hay que marcar si el ERiraos se ha aplicado como una entrevista o como un cuestionario.

EVALUACIÓN Y RECOMENDACIONES

Si solo están presentes los síntomas del **grupo 1 – 5** probablemente significa que no hay un riesgo extremo de una agudización psicótica. Sin embargo, suele necesitarse algún tipo de ayuda terapéutica.

Los síntomas del **grupo 6 – 10** son los que indican un incremento del riesgo de psicosis. En este caso se necesitan exploraciones diagnósticas especializadas. El experto en detección e intervención precoz decidirá la estrategia de intervención temprana más adecuada. Pónganse en contacto con el Equipo de Prevención en Salud Mental (tfn.. 93-4360004).

Los síntomas del **grupo 11 – 15** son signos de una psicosis al menos incipiente. Debe realizarse cuanto antes un diagnóstico y el tratamiento o tratamientos correspondientes.

Muchas Gracias por su interés y compromiso en la detección temprana de problemas de Salud Mental.



EJEMPLOS: Recuerde que las preguntas se refieren a la presencia de esos síntomas en los últimos 12 meses.

- 1 ● **¿Ha notado que se ha vuelto solitario o menos hablador? Ejemplos:** ¿Prefiere pasar la mayor parte del tiempo solo? ¿Habla menos que antes? ¿Se ha empezado a apartar de su grupo de amigos? ¿Ha dejado de hablar con otras personas?
- 2 ● **¿Su humor se ha vuelto triste, depresivo o apagado durante semanas? Ejemplos:** ¿Ha llorado muy a menudo o ha estado continuamente al borde del llanto? ¿Se siente triste a menudo, con menos interés por las cosas?
- 3 ● **¿Ha tenido problemas para dormir? O ¿Ha disminuido su apetito, ganas de comer? ¿Ha cambiado su interés por el sexo?: Ejemplos:** ¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño, para dormir durante la noche o se ha despertado muy temprano? ¿Todo le sabe insípido, de manera que no le apetece comer? ¿Su deseo sexual ha disminuido significativamente?
- 4 ● **¿Ha sentido que su pensamiento, lenguaje o movimientos son más lentos? ¿Ha cambiado su vida emocional y su empatía con los demás? Ejemplos:** ¿Se ha sentido demasiado cansado y débil para realizar las actividades del día a día? ¿Nota que ya no tiene sentimientos o que sus sentimientos parecen falsos o vacíos?
- 5 ● **¿Ha disminuido significativamente la calidad, rendimiento o motivación en el trabajo, la escuela, la formación o la búsqueda de trabajo? Ejemplos:** ¿Su interés o motivación por su trabajo (o por conseguirlo) se ha reducido? ¿Siente que disfruta menos aprendiendo o formándose o qué disfruta menos de su trabajo?
- 6 ● **¿Le ha estado dando vueltas continuamente a ciertas ideas? Ejemplos:** ¿Le han venido una y otra vez ideas a propósito de cambios en su cara o en su cuerpo? ¿Le han venido una y otra vez pensamientos violentos? ¿O pensamiento sobre el sexo que le gustaría dejar de lado pero no puede?
- 7 ● **¿Le ha costado más contactar/relacionarse con otras personas y mantener el contacto? Ejemplos:** ¿Se ha sentido más inseguro, tenso o preocupado por sí mismo en su relación con los demás, aunque sigue deseando esas relaciones?
- 8 ● **¿Le han interesado mucho algunos temas, ideas o ropas que los demás consideran raros? Ejemplos:** ¿Por algún motivo ha guardado y coleccionando cosas de las que antes se deshacía o ha guardado comida, basuras o trastos? ¿Ha hablado consigo mismo aún estando ante otra gente?
- 9 ● **En comparación con el pasado ¿ha tenido más a menudo la impresión de que los demás se aprovechaban de usted, le engañaban, o le explotaban? Ejemplos:** ¿Ha estado particularmente desconfiando, precavido, en alerta ante los demás?
- 10 ● **¿A menudo se ha sentido nervioso, tenso o agitado? ¿Eso ha hecho que discuta con los demás incluso por cuestiones sin importancia, que normalmente no le preocuparían? ¿Ha estado más activo de lo habitual? ¿Tal vez tan activo que los demás pueden haber pensado que algo le pasaba? Ejemplos:** ¿Ha aumentado su interés por el sexo? ¿Ha necesitado dormir menos de lo habitual? ¿Se ha levantado mucho más temprano que habitualmente? ¿Ha tenido mucha más hambre de la normal para usted, sintiendo que nunca comía suficiente, sin importar lo que hubiera comido?
- 11 ● **¿Su entorno habitual le ha parecido a veces cambiado, irreal o extraño? O ¿en algún momento ha sentido que usted no era usted mismo, o que usted era irreal o extraño para los demás o para sí mismo? Ejemplos:** ¿En algunos momentos su entorno –paisaje, animales y personas– aparecían diferentes de lo habitual (por ejemplo, se le han hecho diferentes, impresionantes, cambiantes o bien amenazantes y que asustan)? ¿O ha tenido la impresión de que todo era una imitación de la realidad, similar a un teatro o una película donde la gente actúa en vez de ser ellos mismos? ¿Ha tenido sensación de verse diferente cuando se ha mirado al espejo?
- 12 ● **¿Ha estado preocupado por pensamientos, ideas o hechos inusuales, secretos o sobrenaturales? Ejemplos:** ¿Ha tenido pensamientos especiales que otras personas dicen que son raros? ¿Piensa mucho tiempo en esos temas?
- 13 ● **¿Ha sentido pensamientos que se le metían en la cabeza, interrumpiendo sus propias ideas? ¿Ha sentido que esos pensamientos estaban a veces fuera de su cabeza? ¿Ha sentido que su pensamiento podía ser leído por otras personas? ¿Ha sentido que sus propios pensamientos de alguna manera se transmiten a otras personas, de manera que ellas saben lo que ha estado pensando? ¿Ha tenido la sensación de que algunos pensamientos, que usted sabe que no son suyos, han sido introducidos en su cabeza?**
- 14 ● **¿Ha experimentado que las personas o cosas de su entorno parecen haber cambiado? ¿Algunas veces ha visto, oído, o notado gustos que las otras personas no sientan? A veces ha oído ruidos o voces que sólo usted podía oírlos? Esas experiencias: ¿Se pueden explicar por causas naturales, habituales? Ejemplos:** ¿Ha experimentado que su oído o visión era extraordinariamente intensa o sobrenaturalmente clara? ¿O que a veces las personas o las cosas parecían cambiar respecto a su color, forma o magnitud? ¿Ha percibido las cosas particularmente intensas o deslumbrantes? ¿A veces ha oído ruidos o voces solo para usted mismo? ¿A veces ha sentido (oído, visto, olido) cosas que en realidad no estaban presentes?
- 15 ● **¿Se ha sentido observado, perseguido, o amenazado por algo o alguien? Ejemplos:** ¿Ha tenido la sensación de que alguien estaba tratando de hacerle daño de alguna manera, envenenándolo o matándolo, o que le estaban siguiendo?



Fecha: _____

Cuestionario ERiraos
 Early Recognition Inventory

HOJA DE ANOTACIÓN

Presencia de los síntomas durante los 12 meses anteriores a la entrevista: Por favor marque SI o NO

| SÍNTOMA | Presencia de los síntomas durante los 12 meses anteriores a la entrevista: Por favor marque SI o NO | |
|---|---|----|
| | SI | NO |
| 01 Retraimiento Social | | |
| 02 Humor Depresivo | | |
| 03 Funciones Corporales Perturbadas | | |
| 04 Enlentecimiento, falta de energía o falta de sentimientos | | |
| 05 Reducción de la motivación y el rendimiento en el trabajo o en la escuela | | |
| 06 Pensamientos recurrentes que no puede evitar (rumiación) | | |
| 07 Disminución de la capacidad para mantener o iniciar relaciones sociales | | |
| 08 Comportamiento raro | | |
| 09 Susplicacia / Desconfianza | | |
| 10 Síntomas de exaltación, irritabilidad, excitación... (maníacos y disfóricos) | | |
| 11 Des-personalización y des-realización | | |
| 12 Preocupación por cosas misteriosas/pensamientos con contenidos inusuales | | |
| 13 Alteraciones del pensamiento (Trastornos (pre) psicóticos del pensamiento) | | |
| 14 Percepciones anormales y alucinaciones (voces, visiones y otras percepciones especiales) | | |
| 15 Ideas de referencia y síntomas paranoides | | |

Durante el ultimo año, los síntomas en general han...



...empeorado



....no han cambiado



...mejorado

(por favor marque la flecha que se ajuste mejor)



Por favor envíe el cuestionario a la siguiente dirección:

Información General Sobre el Usuario (*puede ponerla o no, según usted mismo desee).

EAPPP – Prevenió en Salut Mental

C/Còrsega, 544 Baixos

08025 BARCELONA

Tel. 93 464 00 04

Fax. 93 435 53 03

e-mail: eappp.bcn.ics@gencat.cat

CIP: _____

Nombre y Apellido _____

Dirección _____

Teléfono _____

E-Mail _____

Soltero, Casado, Separado, Divorciado, Viudo, Otros (dar detalles), sin información.

Estado Civil _____

Sin educación, Educación Primaria, Educación Secundaria, Ciclos Formativos, Formación Universitaria, Otros (dar detalles), sigue estudiando, sin información.

Educación _____

Sin formación, Formación no cualificada, Formación terminada, Título Universitario, otros (dar detalles), En formación, Desconocido.

Formación Laboral _____

Preguntas al final de la entrevista

- ¿Sabe si hubo algunas complicaciones durante su nacimiento o el embarazo de su madre?

SI

NO

Complicaciones durante el Embarazo/Parto

Ejemplo: Su madre estuvo enferma (Ejemplos: Con fiebres altas o mantenidas, convulsiones posparto o tempranas, parto muy prolongado, nacimiento prematuro, presentación de nalgas, nacimiento traumático, con asfixia o instrumentalizado, septicemia, etc.

¡¡Por favor dé detalles!!

- ¿Alguien entre sus familiares cercanos ha padecido algún tipo de problema de salud mental (Padres, Hermanos, Hijos, Tíos)?

SI

NO

Problemas de Salud Mental en la familia (por favor indique parentesco):

¡¡Por favor dé detalles!!

- ¿Sabe qué tipo de trastorno mental o el diagnóstico?

SI

NO

Trastorno/Diagnóstico

¡¡Por favor dé detalles!!

- ¿Ha usado usted el cuestionario como una entrevista?

SI

NO

Titulación o especialidad del Entrevistador

- ¿Ha completado el/la paciente el cuestionario por si mismo (sin ser entrevistado)?

SI

NO



PANSS: Síntomas en positivo, en negativo y de psicopatología general.
INSTRUCCIONES.

HOJAS DE RESUESTAS

| | | 1: Ausente | 2: Mínimo | 3: Ligero | 4: Moderado | 5: Moderado severo | 6: Severo | 7: Extremo | Total (1) |
|---|---|---------------|--------------|--------------|----------------|--------------------------|-----------|---------------|-----------|
| POSITIVA | P1: Delirios | | | | | | | | |
| | P2: Desorganización conceptual | | | | | | | | |
| | P3: Conducta alucinatoria | | | | | | | | |
| | P4: Excitación | | | | | | | | |
| | P5: Grandiosidad | | | | | | | | |
| | P6: Susplicacia / Perjuicio | | | | | | | | |
| | P7: Hostilidad | | | | | | | | |
| NEGATIVA | N1: Embotamiento afectivo | | | | | | | | |
| | N2: Retracción emocional | | | | | | | | |
| | N3: Pobre relación | | | | | | | | |
| | N4: Retracción social | | | | | | | | |
| | N5: Pensamiento abstracto | | | | | | | | |
| | N6: ¿fluidez en la conversación | | | | | | | | |
| | N7: Pensamiento estereotipado | | | | | | | | |
| ESCALA DE PSICOPATOLOGÍA GENERAL | PG1: Preocupaciones somaticas | | | | | | | | |
| | PG2: Ansiedad | | | | | | | | |
| | PG3: Sentimientos de culpa | | | | | | | | |
| | PG4: Tensión motora | | | | | | | | |
| | PG5: Manierismos y posturas | | | | | | | | |
| | PG6: Depresión | | | | | | | | |
| | PG7: Retardo motor | | | | | | | | |
| | PG8: Falta de colaboración | | | | | | | | |
| | PG9: Inusuales contenidos del pensamiento | | | | | | | | |
| | PG10: Desorientación | | | | | | | | |
| | PG11: Atención deficiente | | | | | | | | |
| | PG12: Ausencia de juicio e introspección | | | | | | | | |
| | PG13: Trastornos de la volición | | | | | | | | |
| | PG14: Control deficiente de impulsos | | | | | | | | |
| | PG15: Preocupación | | | | | | | | |
| | PG16: Evitación social activa | | | | | | | | |

(1) Total: es el número de ítems de esta sección que puntúan igual o más de 4.



COGNOMS: _____

NOM: _____

NHCAP: _____

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (QLS)

1 -Está unido a alguna persona con la que viva habitualmente? puede discutir y comentar cosas con él? Como son esas relaciones? Ellos tb discuten cosas o temas con usted? Suelen hacer actividades juntos?

0. Practicamente no intiman
- 1.
2. Solo intiman intermitente o ocasionalmente
- 3.
4. Algunas interacciones, pero reducidas en número e intensidad
- 5.
6. Implicación adecuada en las relaciones con los miembros del hogar o familia inmediata
9. Vive solo y no tiene familia directa.

2.-RELACIONES INTIMAS CON OTRAS PERSONAS (no familia directa ni profesionales salud mental)

Tiene amigos con los que esté ligado? Cuántos? Habla con ellos de temas personales? Con qué frecuencia? Últimamente los ha visto o por teléfono? Ellos le explican temas personales?

0. Practicamente no tiene
- 1.
2. Solo relaciones intermitentes ocasionales
- 3.
4. Algunas relaciones pero reducidas en numero e intensidad
- 5.
6. Desarrollo adecuado de relaciones intimas con más de una persona

3.-ACTIVIDADES CON CONOCIDOS (actividades comunes, gustos, intereses pero sin implicación emocional, no miembros hogar y profesionales salud). Además de amigos, tiene personas que conozca que realice actividades? Cuántas veces? Qué actividades hacen? Forma parte de un club? Contacto con compañeros de trabajo no relacionado con actividad laboral, comer, pasear...)

0. Prácticamente ausentes
- 1.
2. Pocas actividades, algún contacto poco frecuente
- 3.
4. Algunas actividades pero poco intensas, poco participativas
- 5.
6. Implicación adecuada en actividades con personas conocidas.

4.- ACTIVIDAD SOCIAL (actividades con personas para distracción o diversión, se excluye psicoterapia) -Frecuencia de actividades para divertirse, qué actividades? algún club?

0. Prácticamente nunca
- 1.
2. Actividades sociales ocasionales, limitando casi siempre a familia inmediata
- 3.
4. Alguna actividad reducida
- 5.
6. Nivel adecuado de actividad social

5.-RED SOCIAL IMPLICADA (alcance de personas que se preocupan por tí, no profesionales salud) -Hay personas que interesan por ti y por tu bienestar? Cuántas? Cómo lo demuestran?

A quien le contarías algo importante, o pedir ayuda si algo te pasara? Hay personas que te proporcionan ayuda emocional o consejo, transporte, comida...?

0. Prácticamente ausente
- 1.
2. Pocas personas implicadas o solo familia inmediata
- 3.
4. Presencia de alguna red pero reducida en implicación
- 5.
6. Adecuada red social e implicación en asuntos paciente

6.-INICIATIVAS SOCIALES (Nivel en que la persona se interesa en conseguir relaciones sociales, cuántas y con quién)

Propone algunas veces actividades con otras personas o espera que se las propongan, ha tenido ideas para realizar cosas o las deja correr? ,Tiende a buscar gente o amigos, hace las cosas solo o con amigos, usa el teléfono?

0. Actividad social dependiente a otros
- 1
2. Iniciativa social ocasional, normalmente limitada a familia directa
- 3
4. Alguna reducción en el nivel usual de iniciativa social
- 5
6. Iniciativa social adecuada

7.-RETRAIMIENTO SOCIAL (Grado que evita la interacción social por incomodidad o falta interés) - Está incómodo con la gente? Rechaza proposiciones para hacer cosas? Ha evitado cosas importantes por no hacerlas con gente? Evita responder o hablar por teléfono? De qué manera interfiere en su vida diaria? Prefiere estar solo en casa? Tendencia a tratar con gente solo para pedir algo?

0. Evitación activa de todo contacto social
- 1.
2. Tolera contacto social para hacer frente a sus necesidades, suele ser familia directa
- 3
4. Algún contacto social satisfactorio, pero reducido por voluntad propia.
- 5
6. No retraimiento social

8.-RELACIONES SOCIOSEXUALES (relaciones intimas con el sexo opuesto y actividad sexual, en caso heterosexual o adaptar preguntas en caso homosexual)

SOLTERO

Mantiene actividades en las que estén implicadas personas sexo contrario? las evita? tiene citas? Ha tenido o tiene pareja fija? Han sido satisfactorias? Se ha enamorado? Ha mantenido relaciones sexuales satisfactorias?

CASADO

Es satisfactoria su relación de pareja? Hacen cosas juntos? Hablan mucho? Discuten mucho? Vida sexual satisfactoria? Muestra signos de abrazar o besar?

0. No interés por el otro sexo o lo evita
- 1.
2. Algún contacto aislado pero superficial, evitando intimidad, caos afectivo
- 3.
4. Relaciones con cierta implicación emocional, alguna expresión sexual de afectividad
- 5.
6. Usualmente mantiene relaciones sexuales satisfactorias. expresión sexual intima v afectiva apropiada.

9.-ROL OCUPACIONAL (responsabilidades y extensión de su funcionamiento tanto en casa como fuera o en su búsqueda de trabajo)

Trabajadores Tiene trabajo? Cuántas horas? Estudias? Se encarga de la casa, niños?

Estudiantes Qué estudias? Cuántas horas tienes clase? Cuántas horas estudias a la semana?

Amas de casa Cuanto tiempo dedicas al hogar y familia? Cría hijos? Qué responsabilidades tiene? Necesita ayuda de los demás?

0. No desempeña ningún rol ocupacional
- 1.
2. Lo desempeña menos de media jornada
- 3.
4. Lo desempeña media jornada o más
- 5.
6. Lo desempeña una jornada completa o más

10. REALIZACIÓN DEL ROL OCUPACIONAL

Trabajadores: Salario, aumentos , responsabilidades, interacción con compañeros, absentismos...

Estudiantes: Cursos, dificultades, elogios y críticas profesores, asistencia, actividades extraescolares.

Amas de casa: Adecuada ejecución de actividades, lavar, comprar, limpiar, cuidado niños, alabanzas y críticas de otros miembros hogar.

- 0.-No desempeña rol o un funcionamiento muy pobre
- 1.
- 2.-bajo nivel del rol
- 3.
4. Generalment e hay un funcionamiento adecuado
- 5
6. Muy buen funcionamiento

11.- GRADO DE RENDIMIENTO EN EL TRABAJO (tener en cuenta habilidades innatas, limitaciones físicas, educación, factores sociales. No deben considerarse las limitaciones por la enfermedad mental).

- 0.-Fracaso casi completo en ejecutar sus potencialidades
- 1.
2. Infrautilización significativa de las habilidades
- 3.
4. Rendimiento por debajo de la capacidad de la persona
- 5.
6. Desarrolla su rol en consonancia con las habilidades de la persona

12.- SATISFACCION EN EL DESARROLLO DEL ROL OCUPACIONAL (nivel en que la persona se siente satisfecha con su rol bienestar y plenitud que tiene)

-Le gusta su trabajo/estudios? Hubiera hecho otra cosa? Piensa en cambiar? Por qué?..

0. Insatisfacción y desagrado
- 1.
2. Cierta insatisfacción e infelicidad. Cansancio y aburrimiento
- 3.
4. Ligero descontento con el rol. Algún placer en el desempeño del trabajo
- 5.
6. Plenitud en el rol, aún con algunas quejas

9.-No estás implicado en ningún rol

13.-RESOLUCIÓN (grado que la persona adopta postura realista con objetivos coherentes en la vida)
Qué vale la pena vivir? Piensa en el futuro? Tiene objetivos en la vida? Como cree que será su vida en unos meses?
Planes para el año que viene, personales y profesionales.

0.- No hay objetivos o es altamente irreal

- 1
- 2.- Posee objetivos vagos, un tanto irreales, de nulas consecuencias para la persona
- 3
- 4.- Posee proyectos realistas y concretos para el próximo año, integrados pobremente en la vida de la persona
- 5.
- 6.-Planes realistas y concretos a corto y largo plazo

14.- NIVEL DE MOTIVACIÓN (grado de la persona en mantener objetivos)Le cuesta cumplir los objetivos? ha tenido tareas que no ha podido realizar? Motivado para hacer cosas? Tiende en caer en la rutina? Tendencia a aplazar cosas? Tiene entusiasmo y energía?

0. Ausencia de motivación

- 1.
2. Capaz de cumplir las demandas básicas para la vida pero ausencia de progreso o logro
- 3.
4. Capaz de cumplir demandas básicas y algunos logros nuevos, pero no motivación por lo que bajo rendimiento
- 5
- 6.- No evidencia falta de motivación

15.-CURIOSIDAD (Interés por el ambiente y lo que le rodea, y preguntar sobre cosas que no entiende)
Se preocupa por averiguar, escuchar? Qué cosas le interesan? Lee periódico, radio, TV? Le interesan temas actualidad, deportes?...

0. Siente poco interés o curiosidad

- 1
2. Alguna curiosidad esporádica, pero no seguida de acción
- 3.
4. Hay alguna curiosidad con algún esfuerzo por aprender algo
- 5.
6. Muestra curiosidad sobre algunas cuestiones y hace un esfuerzo por preguntar y aprender más sobre ellas.

16.-ANHEDONIA (capacidad por placer y sentido del humor, no se mide la que se presenta por un síndrome depresivo)
Es capaz de divertirse? , Disfruta con lo que hace? La gente disfruta de cosas más que Ud.? Pasa la mayor parte del día aburrido o desinteresado?

0. Incapacidad casi completa de diversión

- 1
2. Algunas experiencias placenteras limitadas
- 3.
4. Algunas experiencias divertidas placenteras reducidas en número e intensidad
- 5.
6. No evidencia anhedonia o es explicable por síndrome ansioso o de depresión

17.- UTILIZACION DEL TIEMPO (cantidad de tiempo inactivo del paciente, durmiendo, sin hacer nada...)
Pasa mucho tiempo tumbado, viendo tele, dormido en sofá. Como emplea su tiempo, tiende a perderlo?

0. Pasa la mayor parte de los días inactivo

- 1
2. Pasa la mitad de su tiempo inactivo
- 3
4. Excesiva inactividad, menos de la mitad del tiempo
- 5
6. Inactividad no excesiva

18.-USO DE OBJETOS CORRIENTES

Lleva o usa: cartera o bolso, llaves, permiso de conducir, reloj, tarjeta crédito, s.s

Tiene en casa: Mapas, despertador propio, peine, neceser...?

0. Ausencia de casi todos los objetos(0)

1

2. Déficit de objetos (3,4)

3

4. Déficit moderado (7,8)

5.

6. Déficit pequeño (11,12)

19. ACTIVIDADES COTIDIANAS (Periodo de dos últimas semanas)

1.Leer periódico 2.Pagar una cuenta 3.escribir carta 4.Ir al cine, teatro 5.Conducir coche o usar transporte solo 6.Ir a comprar comida 7.salir a comprar algo 8.Comer en restaurante 9.Sacar un libro biblioteca 10.Participar en acto publico 11.Asistir a acontecimiento deportivo 12.Visitar parque o otra cosa

0. Ausencia-0

1

2.Déficit-3-4

3

4. Déficit moderado (7.8)

5.

6. Déficit pequeño

20. EMPATIA

Piense en alguien cercano: que le irrita de él? Qué le gusta de él? Qué cosas de las que hace le gustan? Si ellos se preocupan que haces? Como solventan las diferencias de opiniones? Le afecta como se sienten los demás?

0. No muestra capacidad para evaluar los sentimientos de los demás

1.

2. Sus consideraciones por los sentimientos ajenos están distorsionados por su egocentrismo

3.

4. Puede considerar los sentimientos ajenos pero tiende a cerrarse en su mundo

5.

6. Considera los sentimientos ajenos y puede responder afectivamente

21.- INTERACCION CON EL ENTREVISTADOR

(A lo largo de toda la entrevista)

0. El entrevistador se siente ignorado, poco implicado, poca comunicación

1.

2. Contacto muy limitado

3.

4. Contacto limitado o presente esporádicamente

5

6. Contacto bueno y persistente, buena comunicación

Entrevistado Valore su Calidad de Vida

0 1 2 3 4 5 6

Entrevistador Valore la Calidad de Vida
Del Entrevistado

0 1 2 3 4 5 6

ESCALA DE QUALITAT DE VIDA: FULL DE RESPOSTES

Relacions Interpersonals i Xarxa Social

| | | | | | | | | | |
|----|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Membres de la unitat familiar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |
| 2. | Amics | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 3. | Coneguts | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 4. | Activitat Social | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 5. | Xarxa Social | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 6. | Iniciatives Socials | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 7. | Retraïment Social | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 8. | Relacions Sociosexuals | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |

Rol Instrumental

| | | | | | | | | | |
|-----|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9. | Extensió | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 10. | Idoneïtat | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 11. | Atur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 12. | Satisfacció | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |

Funcions Intrapríquiques i Objectes i Activitats Comunes

| | | | | | | | | | |
|-----|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 13. | Propòsit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 14. | Motivació | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 15. | Curiositat | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 16. | Anhedònia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 17. | Utilització del temps | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 18. | Objectes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 19. | Activitats | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 20. | Empatia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 21. | Interacció | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |

Puntuació dels factors

- I. Relacions Interpersonals (1-8):
- II. Rol Instrumental(9-11):
- III. Funcions Infrapríquiques (13-17,20-21):
- IV. Objectes i Activitats Comunes (18-19):

Puntuació Total (ítems 1-11,13-21):

| | | | | | | | |
|---------------|--|---|---|---|---|---|---|
| Entrevistado | Valore su Calidad de Vida | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Entrevistador | Valore la Calidad de Vida del Entrevistado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



Universitat Ramon Llull

Aquesta Tesi Doctoral ha estat defensada el dia ____ d _____ de 200

al Centre _____

de la Universitat Ramon Llull

davant el Tribunal format pels Doctors sotasignants, havent obtingut la qualificació:

President/a

Vocal

Secretari/ària

Doctorand/a

Noemí Morales Lorenzo