

# IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN TEMPRANA EN LA EVOLUCIÓN DE LA PSICOSIS

*Vallina Fernández, O.<sup>1</sup>, Fernández Iglesias, P.<sup>2</sup>, Alonso Sanchez, M.<sup>1</sup>, Gutierrez Perez, A.<sup>1</sup>, Ortega Ferrández, J.A.<sup>1</sup>, García Saiz, A., Lemos Giraldez, S.<sup>2</sup>*

**RESUMEN** Detectar la psicosis en sus inicios, lo más cercanamente posible a su origen, e incluso en los momentos anteriores a su surgimiento, se está convirtiendo en una empresa que está movilizando, a cada vez más servicios de salud a lo largo de todo el mundo. Fruto de este esfuerzo común, están empezando a desarrollarse nuevas formas de organización en los servicios de salud mental y nuevas modalidades terapéuticas destinadas a impedir o demorar el surgimiento de la enfermedad o a mejorar su curso y resultado una vez se ha iniciado. En este trabajo presentamos una propuesta clínico-asistencial encaminada a la detección y tratamiento temprano de la psicosis en sus dos primeras etapas, la presicótica y el primer episodio de la enfermedad.

Como muy bien sabemos en los servicios de salud mental, el inicio del tratamiento en las psicosis no suele coincidir con el inicio de la enfermedad. De hecho, lo más normal es que entre estos dos momentos medie un periodo de varios años de duración. Este retraso suele traer como consecuencia una recuperación posterior más lenta e incompleta de la psicosis, un aumento de la comorbilidad (especialmente depresión, consumo de tóxicos y suicidio), un deterioro de las relaciones sociales y familiares y un peor pronóstico. Algunos autores van aún más lejos, y llegan a afirmar que las limitaciones en la efectividad de las actuales modalidades de tratamiento psicosocial e incluso la misma cronicidad de la psicosis, son el resultado lógico del fallo en la aplicación de las modalidades terapéuticas actuales a los momentos iniciales de la enfermedad (Johannessen et al. 2000). Esta demora en el tratamiento comprende dos momentos; el que va desde el inicio de los primeros síntomas de enfermedad (entendidos estos como las primeras alteraciones conductuales y psicológicas significativas y que cortan e interrumpen la normalidad del periodo premórbido del individuo) hasta el inicio de la psicosis (entendido este, como el momento de la aparición de los primeros síntomas psicóticos) y que se conoce como el periodo de duración de la enfermedad sin tratar y el que va desde el inicio de la psicosis ya manifiesta hasta el comienzo del primer tratamiento (entendiendo esta habitualmente como tratamiento farmacológico) y que se denomina periodo de duración de la psicosis sin tratar (McGlashan. 1999). Los efectos de la enfermedad en estas fases, y la demora en su tratamiento, suele ir acompañada de una serie de circunstancias vitales da-

ñinas, tales como: fracasos escolares y laborales, autoagresiones, rupturas sentimentales, angustias familiares, consumo de drogas, conductas delictivas, etc. que van generando un modo de “toxicidad psicológica” cuyos efectos acaban limitando el posterior nivel de recuperación de la enfermedad. Y esto parece que ocurre, aunque posteriormente, se aplicase un tratamiento indicado tras la aparición de un primer episodio psicótico (McGorry, Yung & Phillips, 2001).

Son demasiadas y demasiado importantes estas consecuencias en la biografía de cualquier persona. Esto lleva a plantear a Lieberman y Fenton (2001), que detectar el trastorno con la mayor rapidez posible, para posteriormente instaurar el adecuado tratamiento, se hace no solamente ya una necesidad evidente, sino una prioridad de salud pública. Para ello se necesitaría disponer de marcadores claros y específicos que puedan servirnos con certeza como indicadores de la presencia o no de una psicosis incipiente, y estos han de proceder de un conocimiento detallado de los estados de alto riesgo que preceden a la psicosis. Häfner et al. (1999) muestran que la mayoría de los primeros episodios; un 73% de los casos, se inician con síntomas prodrómicos inespecíficos o con síntomas negativos, el 20% lo hacen con síntomas positivos, negativos e inespecíficos, y solamente un 7% se inicia con síntomas positivos únicamente. Además, observaron que la mayoría presentaba una forma de inicio crónica, con una fase prodrómica de cinco años de duración, con un tramo ya claramente psicótico de más de un año de evolución antes de la primera admisión, y con una primera admisión tras unos dos meses de presentar el primer episodio completo. Tratar de obtener esos

<sup>1</sup> Unidad de Salud Mental de Torrelavega. Servicio Cántabro de Salud. <sup>2</sup> Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo.  
Correo: ovallina@correo.cop.es

marcadores claros y específicos que puedan servirnos con certeza como indicadores de la presencia o no de una psicosis incipiente es el principal propósito de los principales grupos científicos internacionales en estos momentos. Con este propósito, y siguiendo la propuesta conceptual de Yung & McGorry (1996) adoptamos el concepto de “estado mental de alto riesgo” como mas indicado que la noción de pródromo para entender estos primeros momentos anteriores a la psicosis. Desde esta perspectiva, el pródromo inicial en psicosis deja de ser visto como la forma presicótica mas temprana de un trastorno psicótico, es decir, una forma atenuada de psicosis, y pasa a convertirse en otra, según la cual, conforma un factor de riesgo para su desarrollo, especialmente si se combina con otros factores de riesgo propios del trastorno (ej., antecedentes familiares) pero donde las manifestaciones prodrómicas no conducen necesariamente a la psicosis y donde incluye una combinación de síntomas psicóticos atenuados, tales como suspicacia o cambios perceptivos; síntomas inespecíficos afectivos y neuróticos, como ansiedad, humor deprimido y alteraciones del sueño; cambios conductuales, que habitualmente son respuestas a otros fenómenos e incluyen aislamiento y abandono de actividades habituales y los síntomas básicos; la percepción fenomenológica de los déficit neuropsicológicos que produciría la psicosis y entre los que destacan los trastornos de pensamiento y perceptivos (Vallina, 2001).

Esta constelación de signos y síntomas parece que tienen su propio momento de origen, constitución y desarrollo hasta llegar a consolidarse como una psicosis ya fraguada. Así, Birchwood, Todd & Jackson (1998) sostienen la existencia de un “periodo crítico” que abarcaría estos primeros momentos de la enfermedad y que parece ser el tiempo en el que se forman aspectos fundamentales para su curso posterior. Entre estos, se destacan el modelo de respuesta individual a la psicosis que facilita o dificulta su posterior ajuste y adaptación, procesos evolutivos que pueden tener implicaciones para la prevención de morbilidad secundaria como la depresión o el suicidio y los orígenes y metamorfosis de los componentes de la emoción expresada de los familiares (especialmente sobreimplicación y criticismo). Ante este estado de cosas, quienes abogamos por el desarrollo de modalidades de intervención precoces, promovemos la idea de que una adecuada atención en las fases iniciales de la enfermedad puede mejorar los resultados de la misma, disminuyendo su discapacidad y reduciendo los costes de

su atención. Para ello se proponen dos estrategias básicas: reducir el periodo que suele pasar la enfermedad sin recibir tratamiento y un combinado y amplio tratamiento ajustado a las específicas características de las fases iniciales de la enfermedad (McGorry & Edwards, 1997). En la última década han ido surgiendo una serie de servicios clínicos y de grupos de investigación que están generando una importante cantidad de investigaciones y de materiales clínicos para la intervención. De entre estos, los que en nuestra opinión presentan aportaciones más sólidas y aplicables a nuestro medio y de los cuales hemos tomado y adaptado nuestro protocolo de intervención son los siguientes: El Centro de Prevención e Intervención en Psicosis Temprana (EPPIC) en Australia (McGorry & Edwards, 1997; Edwards & McGorry, 2002), el Proyecto para la Identificación y Tratamiento Temprano de la Psicosis (TIPS) en Noruega y Dinamarca (Johannessen, Larsen, McGlashan & Vaglum, 2000) y el Servicio de Intervención Temprana de Birmingham y la Iniciativa para la Reducción del Impacto de la Esquizofrenia (IRIS) en Gran Bretaña (Macmillan & Shiers, 2000).

### ***El programa de detección e intervención temprana de Torrelavega***

En el año 2000, la unidad de salud mental de Torrelavega inicia un programa de detección e intervención temprana en psicosis. Los objetivos que inspiran la iniciativa son triples. Por un lado se pretende reducir el largo periodo de enfermedad sin tratamiento que pasan quienes acaban desarrollando una psicosis, por otra parte, se busca una nueva organización de las unidades de salud mental que permita mantener una asistencia de calidad dentro del área sanitaria a todas las diversas patologías que atiende a la vez que permite la introducción de programas altamente especializados y por último se busca evaluar los efectos de un amplio e integrado programa de tratamiento para las fases tempranas de la psicosis (Vallina et al. 2002; Vallina, 2003). Para ello, en sus orígenes y dentro de una experiencia piloto inicial se compararon dos centros de atención primaria de dos zonas básicas de salud diferentes. En el centro que denominamos experimental se aplicó el programa de intervención temprana en psicosis para centros de atención primaria (subprograma incluido en el programa global de tratamiento), y en el control ningún tipo de intervención. Posteriormente, los pacientes derivados desde ambos

centros, una vez accedían al programa, recibían el mismo tipo de tratamiento. El objetivo del estudio es doble; por un lado se trata de observar si este tipo de actuaciones mejora la captación y la derivación desde los centros de atención primaria, reduciendo de este modo el tiempo que pasa la enfermedad sin recibir tratamiento. Por otro lado, comprobar si la intervención en esas fases iniciales de la enfermedad con el programa de tratamiento propuesto aquí, tiene algún tipo de incidencia en el tránsito a la psicosis y en el curso posterior de esta.

Los pacientes incluidos en este estudio, son usuarios de la unidad de salud mental del área sanitaria de Torrelavega-Reinosa (Cantabria). Los criterios de selección para la entrada en programa, han sido tener una edad comprendida entre 16 y 30 años, no haber tenido un episodio psicótico previo de más de una semana de duración, no presentar una clara etiología orgánica como causa de su clínica actual y pertenecer a uno de tres grupos de riesgo propuestos por Yung et al. (1998). Posteriormente, con la aparición de la SIPS, entrevista estructurada para síndromes prodrómicos (McGlashan et al. 2001) estos criterios se ajustaron a los propuestos en esta prueba (que respetan en los fundamentales a los primitivos criterios) y que son:

1. *Síndrome psicótico breve intermitente (BIP)*. Desarrollo de experiencias psicóticas limitadas temporalmente que no cumplen criterios DSM-IV-R para las siguientes alteraciones: esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastornos psicóticos orgánicos, trastornos esquizoafectivos o trastornos delirantes. Los síntomas psicóticos no pueden ser seriamente desorganizantes o peligrosos. La psicosis se define operativamente como una puntuación de 6 en uno o más en los síntomas positivos de la escala de síntomas prodrómicos (SOPS). Tiempo breve y limitado se define como no menos de algunos minutos al día al menos una vez al mes y no más de una hora al día durante cuatro días a la semana (de promedio) durante un mes. A diferencia de los autores, nosotros no limitamos el plazo de esas experiencias a los últimos tres meses.
2. *Síndrome con síntomas positivos atenuados (APS)*. Desarrollo en el pasado año de síntomas psicóticos atenuados, definidos operativamente como aquellos con puntuaciones entre 3 (moderado) y 5 (severo pero no psicótico) en uno o más de los síntomas positivos de la SOPS. El síntoma aparece al menos una vez a la semana en el mes anterior y empezó o

empeoró más de un punto en comparación con la puntuación de hace 12 meses.

3. *Síndrome de riesgo genético y disfunción global (GRD)*. Combinación de rasgos esquizotípicos de personalidad (DSM) y/o un familiar de primer grado con algún trastorno psicótico (afectivo o no afectivo) y un cambio significativo en el funcionamiento en el pasado año. El deterioro funcional se operativiza como una reducción del 30% en la GAF durante al menos un mes en comparación con la puntuación de hace un año.

## Evaluación

La evaluación se lleva a cabo en dos formatos diferenciados: evaluación de estados mentales de alto riesgo (EMAR) y evaluación de primeros episodios psicóticos. Para los pacientes del grupo de riesgo se aplican las siguientes pruebas:

*Entrevista estructurada para síndromes prodrómicos (SIPS)* McGlashan et al. (2001). Entrevista que permite descartar psicosis pasadas y actuales, identificar los tres tipos de estados prodrómicos de riesgo y evaluar la gravedad de los síntomas prodrómicos. Estos síntomas se evalúan a través de la escala de síntomas prodrómicos (SOPS) que incluye los siguientes: contenido inusual del pensamiento, ideas persecutorias/suspiciousidad, ideas de grandiosidad, percepciones anómalas / alucinaciones y comunicación desorganizada. La entrevista incluye además otras tres escalas: síntomas negativos, desorganizados y generales.

*Inventario Psicopatológico de Frankfurt (FBF-3)* Süllwold & Huber, (1986), en versión española de Jimeno, Jimeno y Vargas (1996). Se trata de un cuestionario autoaplicado para la evaluación de los síntomas básicos, en el que el paciente valora la presencia de quejas subjetivas en 10 escalas clínicas (pérdida de control, percepción simple, percepción compleja, lenguaje, cognición y pensamiento, memoria, motricidad, pérdida de automatismos, anhedonia, y angustia e irritabilidad por sobreestimulación)

*Escala de Señales Tempranas (ESS)* Birchwood. M. et al. (1989), escala autoaplicada para la detección de señales tempranas de psicosis a través de cuatro escalas generales (ansiedad, negativismo, desinhibición y psicosis incipiente).

*Cuestionario Familiar (FQ)* de Barrowclough y Tarrier (1992): Se trata una lista de 59 problemas centrados en el paciente, con una categoría abierta de

“otros” para poder incluir dificultades idiosincrásicas. El familiar indica en tres escalas tipo Likert, con un intervalo de cinco puntos, la frecuencia con la que ocurren las conductas, la cantidad de malestar que causan tales comportamientos y en qué medida se sienten de capaces para enfrentarse con tales dificultades.

*Escala de Funcionamiento Social (S.F.S.)* Birchwood & Cochrane (1990). Evalúa aquellas áreas de funcionamiento que son cruciales para el mantenimiento en la comunidad de personas con esquizofrenia. Las siete áreas que explora son: Aislamiento/ implicación social, conducta interpersonal, actividades pro sociales, ocio, independencia / competencia, Independencia / desempeño y empleo / ocupación.

Para los pacientes que presentan su primer episodio además de las anteriores se aplica:

*Cuestionario sobre Creencias Personales (PBIQ)*. Birchwood, Mason, MacMillan & Healy. (1993). Permite obtener las creencias personales del paciente sobre su enfermedad a través de cinco escalas: Control sobre la enfermedad, yo como enfermedad, expectativas, estigma y contención social

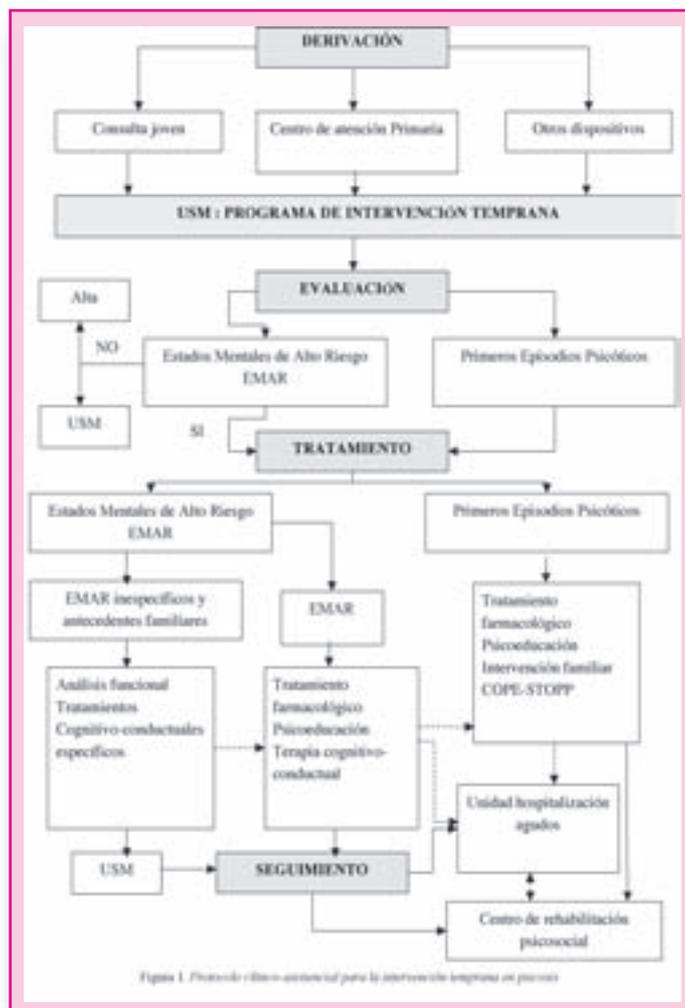
*Cuestionario de estilo de recuperación (RSQ)*. Drayton, Birchwood & Trower (1998) Evalúa la adaptación y recuperación de la psicosis obteniendo los 5 principales modos de afrontamiento de la enfermedad: integración, encerramiento, mixto, mixto con tendencia a la integración y mixto con tendencia al encerramiento

### Organización del servicio y programa de tratamiento

A continuación describimos el protocolo diseñado para el área sanitaria de Torrelavega-Reinosa en Cantabria que comprende una población de unos 160.000 habitantes. La unidad de salud mental ha adaptado y desarrollado un protocolo clínico-asistencial (ver figura 1) destinado a la ITP con dos ejes básicos, desarrollar una estrategia local de detección y evaluación temprana desde los centros de atención primaria y servicios locales de salud mental y la aplicación de una estrategia terapéutica combinada que incluya la prestación de tratamiento neuroléptico con atípicos a dosis bajas y terapia cognitivo conductual.

El protocolo que presentamos en este trabajo está pensado para su desarrollo desde un servicio público de salud y supone la aplicación integrada de diversos subprogramas a lo largo de un periodo de tres años:

- (1) Programa de ITP para centros de atención primaria.
- (2) Programa para el tratamiento farmacológico temprano.
- (3) Programa psicoeducativo para pacientes y familiares e intervención familiar en primeros episodios.
- (4) Programa de terapia cognitiva dirigida al ajuste y superación de la psicosis.
- (5) Programa de



terapia cognitiva para síntomas psicóticos positivos (Vallina, 2001; 2002).

El programa empieza con los talleres psicoeducativos para los médicos en los centros de primaria para continuar posteriormente con la derivación al servicio desde estos centros, consulta joven (dispositivo específico del INSALUD dirigido a atender población juvenil que no suele frecuentar las consultas convencionales de atención primaria) y cualquier otro dispositivo de la comunidad. A continuación, se realiza el proceso evaluativo, y en función de los resultados de la evaluación, se organizan los pacientes en tres grupos: Aquellos que presentan un estado mental de alto riesgo caracterizado por síntomas inespecíficos y con antecedentes familiares; a estos se les realiza un análisis

funcional de sus alteraciones y si procede se llevan a cabo intervenciones psicológicas encaminadas al tratamiento específico de sus problemas (ansiedad, alteraciones del sueño, depresión, etc.) a la vez que entran en seguimiento durante tres años. Si en este periodo se agravase su estado y aumentase su clínica se aplicaría el protocolo clínico del grupo de pacientes con síntomas psicóticos atenuados. Otro grupo lo constituyen quienes presentan un estado mental de alto riesgo caracterizado por presentar síntomas psicóticos atenuados o con carácter breve e intermitente. Estos pacientes son tratados farmacológicamente con neurolépticos atípicos a dosis bajas en combinación con terapia cognitivo-conductual y con psicoeducación sobre el funcionamiento de los procesos psicológicos. Los pacientes de este grupo que realizasen un tránsito a la psicosis pasarían al protocolo de primeros episodios y recibirían el tratamiento indicado para esta fase. Por último, el grupo de pacientes que ya manifiestan un claro diagnóstico de psicosis, y que están en su primer episodio, se abordan con un tratamiento combinado de psicofármacos, terapias psicológicas encaminadas al ajuste a la psicosis (COPE) y al tratamiento de los síntomas positivos (STOPP), psicoeducación y terapia familiar. En los tres casos se prioriza el tratamiento ambulatorio desde la unidad de salud mental, incluyendo atención domiciliaria si se precisa, con el fin de mantener los cuidados en la comunidad y evitar cualquier corte traumático en el desempeño psicosocial del paciente.

### ***Resultados preliminares***

En el primer año de nuestro trabajo hemos recogido unos primeros datos, que si bien son meramente descriptivos, nos pueden orientar de los efectos de esta modalidad de intervención temprana en psicosis en nuestro entorno sanitario real.

### ***Características generales de la muestra***

A lo largo del primer año, accedieron al programa un total de 30 pacientes procedentes de todo el área de salud. Once pacientes procedían del grupo experimental (36%) y 2 del grupo control (6,6%), el resto se distribuía entre los restantes 7 centros de salud (37,3%) y presentaba una gran dispersión en las derivaciones. Dados los resultados, se formaron dos grupos para el análisis; el experimental y el resto de los centros se reunió en otro grupo control.

La edad media era de 21,7 años para el grupo experimental y de 20,4 para el control. El grupo experimental tenía un 80% de mujeres y un 20% de hombres, mientras que el control tenía un 56,6 % de mujeres y un 43,4 de hombres. La duración de la enfermedad sin tratar (aquí se refiere al inicio de los primeros síntomas de malestar clínico antes de entrar en el programa como pacientes de estado mental de alto riesgo o como primer episodio) fue de 27 meses para el grupo experimental y de 31 para el control. La duración de la psicosis sin tratar fue de 2 semanas para el grupo experimental y de 12 semanas para el grupo control. Y por último, el grupo experimental tenía un 30 % de pacientes con antecedentes de consumo de drogas frente a un 16% por parte del grupo control.

### ***Clasificación diagnóstica de las derivaciones***

En cuanto al tipo de pacientes enviados al programa, el grupo experimental derivó un 54,5 % de pacientes que cumplían criterios para la inclusión dentro de la clasificación de estado mental de alto riesgo, un 9% de trastornos de personalidad, un 18% de trastornos paranoides, un 9% de trastornos esquizofrénicos y un 9% de trastornos depresivos. Por su parte, el grupo control derivó un 40% de pacientes calificados de estados mentales de alto riesgo, un 25 % de esquizofrenias, un 8% de trastornos esquizofreniformes, un 8 % de trastornos delirantes, un 12 % de trastornos depresivos y un 4% de trastornos de personalidad.

### ***Transición a la psicosis***

Tras el primer año de programa, dos de los pacientes del grupo de alto riesgo, el 12 %, han desarrollado un episodio psicótico. En ambos casos, se trata de pacientes con una elevada presencia de síntomas psicóticos atenuados en el momento de entrar en el programa, con una marcada reducción de su funcionamiento psicosocial, con más de dos años y medió de duración de enfermedad sin tratar y que han producido el tránsito dentro de los seis primeros meses del programa, a pesar de estar recibiendo tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

### ***Situación actual y perspectivas de futuro***

Los primeros datos obtenidos en nuestro servicio parecen avalar la viabilidad de aplicar estos procedimientos en entornos asistenciales públicos de nuestra

red sanitaria. Parece que los primeros años de la enfermedad (tratada o no tratada) suponen una ocasión extraordinaria para poder impedir o limitar el potencial decline habitual de las psicosis interviniendo tempranamente y conseguir así una mejor recuperación de la enfermedad. De un lado, comprobamos que la aplicación de estos procedimientos obtiene unos mínimos periodos de enfermedad sin tratamiento y posibilita el inicio del tratamiento en los primeros momentos de la psicosis o incluso en sus fases presicóticas. Mas específicamente, la reducción del periodo de psicosis sin tratar, que depende más de un adecuado reconocimiento por los médicos de primaria se ha conseguido. Pero el periodo de la enfermedad sin tratar, que incluye toda la fase prodrómica y que depende fundamentalmente del propio paciente como primer sensor de problemas y como solicitador de la posterior ayuda o tratamiento, nos sigue pareciendo demasiado alta. Esto plantea la necesidad de medidas más allá de los centros de salud, pero aún no disponemos de suficiente evidencia terapéutica para iniciar actuaciones de corte más social o comunitario, aun necesitamos acumular más experiencia y conocimiento. Por otra parte, observamos cómo la aplicación de esta modalidad de intervención temprana en los centros de atención primaria obtiene un muy buen filtrado de pacientes y una óptima calidad de las derivaciones, sin colapsar los servicios con derivaciones indebidas, optimizando además las capacidades diagnósticas de los médicos. Esto la presenta como una excelente estrategia tanto para la prevención primaria como para la coordinación entre los distintos niveles de asistencia que configuran nuestros sistemas sanitarios. Por último, hemos visto cómo nuestras tasas de transición a la psicosis en estos pacientes de alto riesgo son homologables a las obtenidas con el mismo procedimiento por el grupo de trabajo australiano (Yung et al. 2003) y superiores a otras modalidades de intervención que, en unas ocasiones aplicaron como formas de intervención solamente formatos psicoterapéuticos de apoyo y en otras una combinación de fármacos antidepresivos y psicoterapia de apoyo (Larsen et al. 2001). En este apartado se plantea una cuestión crucial. Si el paciente es captado en las primeras fases de la enfermedad (momento prodrómico de alto riesgo previo al surgimiento de la psicosis) y se trata de manera combinada con neurolépticos atípicos a dosis bajas y psicoterapia cognitivo conductual ¿por qué aún así acaba desembocando en una psicosis? ¿No son tan eficaces como pensábamos los tratamientos de los que

disponemos en estos momentos? ¿Quizás estos tratamientos se están aplicando de una manera inadecuada, ya sea por una dosis incorrecta en el caso de los neurolépticos o por una excesiva fragilidad de los procedimientos psicológicos? ¿O es que, y aunque clínicamente si es distinguible una etapa anterior a la psicosis con sintomatología distinta y de menor intensidad psicopatológica, en lo que refiere a sus consecuencias ya son indistinguibles de las propias de un primer episodio psicótico, y este momento prodrómico ya es también tardío? Como sugieren Cornblatt, Lencz & Obuchowski (2002), quizás estamos ante distintos perfiles de pródromos que, a su vez, ya configuran distintos tipos de enfermedad y que incluso en sus primeros momentos ya precisan de tratamientos diferenciados y adaptados a cada patrón sintomático y a cada momento anterior a la psicosis.

Con todo, y siendo conscientes de que aún estamos al inicio del inicio en este campo, los primeros momentos de la psicosis se presentan como la mejor etapa para una óptima intervención biopsicosocial como la que aquí hemos presentado. Proponemos además, que los centros de salud mental, por su composición interdisciplinar, su agilidad funcional, su conexión con los centros de atención primaria de salud y por ser la puerta de entrada al servicio asistencial especializado, pueden ser el lugar idóneo para el desarrollo de estas nuevas modalidades de intervención, facilitando, además, la continuidad de cuidados a lo largo de todos los dispositivos asistenciales o comunitarios que fuese utilizando el paciente, puesto que se proporciona un tránsito guiado y no traumático entre estos, y permite aplicar una lógica asistencial y terapéutica armónica a lo largo de toda esa ruta.

### *Referencias bibliográficas*

Barrowclough, C., & Tarrier, N. (1992). Families of schizophrenic patients: Cognitive behavioural intervention. London: Chapman & Hall.

Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S. & Copestake, S. (1990). The social functioning scale: the development and validation of a scale of social adjustment for use in family intervention programs with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853-859.

Birchwood, M., Mason, R., MacMillan, F. & Healy, J. (1993). Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychological Medicine*, 23, 387-395.

- Birchwood, M., Todd, P. & Jackson, C. (1998). Early intervention in Psychosis: The critical-period hypothesis. *International Clinical Psychopharmacology*, 13, supp.1, 31-40.
- Cornblatt, B., Lencz, T. & Obuchowski, M. (2002). The schizophrenia prodrome: treatment and high-risk perspectives. *Schizophrenia Research*, 54, 177-186.
- Drayton, M., Birchwood, M. & Trower, P. (1998) Early attachment experience and recovery from psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 269-284.
- Edwards, J. & McGorry, P.D. (2002). Implementing early intervention in psychosis. A guide to establishing early psychosis services. Martin Dunitz .London.
- Häfner, H., Löffler, W., Maurer, K., Hambrecht, M. & An der Heiden, W. (1999). Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 100, 105-118.
- Häfner, H. et al. (1992). IRAOS: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia. *Schizophrenia Research.* 6, 209-223.
- Jimeno, N.; Jimeno, A. & Vargas, M L. (1996). El síndrome psicótico y el inventario de Frankfurt. Conceptos y resultados. Springer-Verlag Iberica. Barcelona.
- Johannessen, J., Larsen, T., McGlashan, T. & Vaglum, P. (2000). Early intervention in psychosis: the TIPS-project, a multi-centre study in scandinavia. In Martindale, B., Bateman, A., Crowe, M. & Margison, F. (Eds) *Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness.* (pp.210-234). Gaskell. London.
- Kay, S., Opler, L., & Fiszbein, A. (1986). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Rating Manual. *Social and Behavioral Sciences Documents*, 17, 28-29 (whole No 2807).
- Kay, S., Opler, L., & Fiszbein, A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Larsen, T.K., Friis, S., Haahr, U., Joa, I., Johannessen, J.O., Melle, I., Opjordsmoen, S., Simonssen, E. & Vaglum, P. (2001). Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 103, 323-334.
- Lieberman, J.A. & Fenton, W.S. (2001). Delayed detection of psychosis: causes, consequences, and effect on public health. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1727-1730.
- Macmillan, F. & Shiers, D. (2000). The IRIS programme. In M. Birchwood, D. Fowler, & C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions* (pp. 315-326). Chichester, UK: Wiley.
- McGlashan, T.H. (1999). Duration of untreated psychosis in first episode schizophrenia: marker o determinant of course?. *Biological Psychiatry*, 46, 899-907.
- McGlashan, T. H., Miller, T.J., Woods. S.W., Hoffman, R.E. & Davidson, L. (2001). Instrument for the assessment of prodromal symptoms and states. Early intervention in psychotic disorders. T. Miller, Mednick, S.A., McGlashan, T.H., Libiger, J. & Johannessen, J.O. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.
- McGorry, P.D., Yung, A. & Phillips, L. (2001). Ethics and early intervention in psychosis: keeping up the pace and staying in step. *Schizophrenia Research*, 51, 17-29.
- McGorry, P.D. & Edwards, J. (1997) Early psychosis training pack. Gardiner-Caldwell.
- Süllwold, L. & Huber, G. (1986). *Schizophrene Basisstörungen.* Springer. Berlin.
- Vallina, O. (2001). Intervención temprana en psicosis: El inicio de la rehabilitación psicosocial. En: Congreso de Rehabilitación en Salud Mental: Situación y perspectivas. Libro de ponencias. pp. 95-114. Salamanca.
- Vallina, O. (2003). Los orígenes de la cronicidad. Intervenciones iniciales en psicosis. *Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial.* 15-16, 15-27.
- Vallina, O., Alonso, M., Gutierrez, A., Ortega, J.A., García, A., Fernandez, P. & Lemos, S. (2002). Aplicación de un programa de intervención temprana en psicosis. Un nuevo desarrollo para las unidades de salud mental. *Revista Norte de Salud Mental.* 4, 15, 35-42.
- Yung, A.R. & McGorry, P.D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 2, 353-370.
- Yung, A.R., Philips, L, J., McGorry, P.D., Hallgren, M.A., McFarlane, C.A., Jackson, H.J., Francey, S. & Patton, G.C. (1998). Can we predict the onset of first episode psychosis in a high risk group?. *International Clinical Psychopharmacology*, 13, suppl 1, 23-30.
- Yung, A., Phillips, L.J., Pan Yuen, H., Francey, S., McFarlane, C.A., Hallgren, M.A. & McGorry, P.D. (2003). "Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group." *Schizophrenia Research.* 60, 21-32