

Universidad de Costa Rica

Sistema de Estudios De Posgrado

Revisión sistemática sobre la efectividad de la intervención temprana del primer episodio psicótico en la reducción del impacto de síntomas y prevención de recaídas

Trabajo final de graduación sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado de Psicología Clínica para optar al grado y título de Especialista en Psicología Clínica

Sustentante:

Natalia Arroyo García

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2018

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a todas aquellas personas que a lo largo de mi vida me han hecho crecer y me han inspirado con sus experiencias, conocimiento, coraje, valentía, ganas de vivir, pero sobre todo, con la esperanza y anhelos de construir y disfrutar un futuro mejor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, porque me ha permitido llegar a alcanzar una meta más, por guiarme, acompañarme, instruirme y darme fortaleza y sabiduría para poder continuar y desempeñar mi labor de la mejor manera posible.

A mi madre, por su amor incondicional, por apoyarme en todo momento, por su ejemplo de entrega y superación, por ser mi inspiración, por creer en mí para poder volar.

A mi padre, por creer en mí y apoyarme, por brindarme grandes enseñanzas y aprendizajes de vida.

A mi familia, por su cariño, sus oraciones constantes y buenos deseos.

A mis amigos y compañeros de residencia, por haberme permitido aprender de ustedes y crecer con ustedes; por tantos y tantos momentos inolvidables llenos de cariño, felicidad y fortaleza. Los llevaré siempre en mi corazón.

A mis amigos y amigas, por sus buenos deseos, por su comprensión y paciencia, por recordarme lo importante de vivir.

A mis supervisores, supervisoras, profesores y profesoras, en especial a Ivannia Chinchilla, Mayra Hernández, Angie Madrigal, Karina Jiménez, Paola Echeverri, Elena Alvarado y a la Dra. Iriana Montealegre, porque con sus conocimientos, experiencia y orientación me permitieron crecer al lado de ustedes.

Al Dr. López, por su apoyo incondicional para poder lograr una de las metas más importantes de mi vida.

A Isaura, por su escucha atenta y por permitirme explorar con confianza mundos inimaginables.

A Clínica UNER, a la Dra. María Jesús Gómez y todo su equipo, por compartir sus conocimientos y experiencias en el campo de la rehabilitación neuropsicológica, por inspirarme y enamorarme aún más de esta hermosa labor.

A todas las usuarias y usuarios, por brindarme enseñanzas más allá de lo académico, por su lucha y valentía.

HOJA DE APROBACIÓN

Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología Clínica de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Especialista en Psicología Clínica

Licda. Karen Quesada Retana

Coordinadora Nacional

Sistema de Estudios de Posgrado en la Especialidad de Psicología Clínica

MSc. Alfonso Villalobos Pérez

Director de Tesis

MPsc. Natalia Arroyo García

Candidata

TABLA DE CONTENIDOS

Contenido

LISTA DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
CAPÍTULO I	1
1.1 Introducción	1
1.2 Justificación	3
CAPÍTULO II	5
1. <i>Trastornos Psicóticos: Generalidades</i>	5
2. <i>Clasificación de los Trastornos Psicóticos según CIE-10</i>	6
3. <i>Clasificación de los Trastornos Psicóticos según DSM-V</i>	8
4. <i>Caracterización del primer episodio psicótico</i>	10
a. Etiología.....	10
b. Etapa prodrómica	11
c. Evolución del primer episodio psicótico	12
d. Duración de la psicosis no tratada	13
5. <i>Modelos de abordaje del primer episodio psicótico</i>	14
a. Caracterización del tratamiento tradicional del primer episodio psicótico.	14
b. Caracterización del modelo de intervención temprana del primer episodio psicótico.	14
c. Tipos de intervención temprana	18
CAPÍTULO III	20
3.1 Problema	20
3.2 Objetivos	21

CAPÍTULO IV	22
4.1 Estrategia metodológica	22
4.2 Población y muestra	22
4.3 Criterios de inclusión y exclusión	22
4.4 Procedimientos para la sistematización y análisis de los resultados	23
CAPÍTULO V	26
CAPÍTULO VI	43
CAPÍTULO VII	51
7.1 Conclusiones	51
7.2 Recomendaciones	53
CAPÍTULO IX	55

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Artículos seleccionados.....	26
Tabla 2: Principales resultados.....	29

RESUMEN

Los trastornos del espectro de la psicosis presentan un potencial con consecuencias devastadoras para las y los pacientes, sus familias y la sociedad en general y están asociados a un deterioro en el funcionamiento global de la persona. Sus manifestaciones suelen darse en diversos ámbitos (cognición, afecto, relaciones interpersonales, autoimagen, autoestima, volición, recreación, productividad) e implican una serie de consecuencias negativas que demandan una atención terapéutica oportuna con el objetivo de apoyar y facilitar el proceso de rehabilitación y reinserción de la persona que ha sufrido psicosis.

La revisión sistemática de la literatura más reciente en torno a la intervención temprana en el primer episodio psicótico, destaca como evidencia una mejor evolución en quienes logran recibir una atención temprana y especializada al comparárseles con quienes reciben el tratamiento estándar. Dentro de los indicadores reportados se encuentra: aumento en la adhesión al tratamiento, el contacto con los servicios profesionales en salud mental y la satisfacción como usuarios, así como mejoría en niveles de funcionamiento global, calidad de vida, bienestar emocional, habilidades para la vida independiente, productividad laboral y conformación de redes de apoyo social. De igual manera, una mejoría significativa en los síntomas negativos y una menor puntuación global en dicha escala.

Pese a estos alcances prometedores de los programas de intervención temprana, aún continúa existiendo un porcentaje de pacientes que experimentan deterioro funcional incluso tras la remisión de los síntomas. Esto podría estar asociado a factores como la duración o extensión del programa de intervención temprana, la duración de la psicosis no tratada, la capacidad instalada de los lugares que llevan a cabo los programas de intervención temprana, y la usualmente abrupta transición a otras modalidades de atención. Por tanto, es probable que la clave se encuentre no tanto en la extensión del abordaje temprano sino en la clase de seguimiento que pueda tener el usuario al finalizar el mismo.

Así, los programas de intervención temprana revelan un impacto positivo global en quienes participan de los mismos, principalmente durante su implementación. No obstante, es necesaria mayor investigación para analizar la influencia de los elementos previamente comentados para depurar los contenidos y duración apropiada de estos programas.

Palabras clave: *Esquizofrenia, Primer episodio psicótico, Intervención temprana.*

CAPÍTULO I

Introducción y Justificación

1.1 Introducción

La salud física va de la mano de la salud mental: no es posible gozar de bienestar integral si alguna de ellas se ve afectada. En las últimas décadas, se han realizado esfuerzos considerables por validar aquellas acciones encaminadas a favorecer la salud mental y emocional de las personas.

De acuerdo con Caballo (2000), hay diversas condiciones que le permiten al ser humano disfrutar de mayor bienestar y felicidad, como por ejemplo ser activo y mantenerse ocupado, pasar tiempo en actividades sociales, ser productivo en un trabajo recompensante, desarrollar un pensamiento positivo, desarrollar el autoconocimiento y autoaceptación, mantener relaciones interpersonales, entre otros.

Quienes han padecido algún evento que haya alterado su salud mental, podrían experimentar un deterioro en algunos de los puntos anteriores. Específicamente, en personas que han tenido un primer episodio psicótico, muchos de estos elementos pueden verse comprometidos debido a factores como el curso mismo de la enfermedad, la desconexión en las relaciones interpersonales, la alteración en la rutina cotidiana, la reacción del sistema familiar, entre otros, trayendo consigo una disminución en el funcionamiento y la calidad de vida para dicha persona.

Los abordajes actualizados proponen complementar el tratamiento farmacológico con un enfoque psicosocial, en el que se incorporen estrategias que le permitan al sujeto ir recuperando y/o desarrollando capacidades ligadas a un mayor y mejor funcionamiento social, favoreciendo así el pronóstico y brindando respuestas oportunas y adecuadas a sus necesidades. Además, se hacen partícipes a familiares y personas cercanas para construir y fortalecer redes sociales que le permitan al sujeto reincorporarse al medio con apoyo y prevenir así posibles recaídas a futuro.

En este sentido, los esfuerzos realizados en los últimos años se proponen tratar las fases iniciales de la psicosis para poder lograr un mejor pronóstico y un curso evolutivo que sea más favorable para el paciente, por lo que el énfasis recae en la prevención y la adhesión al tratamiento farmacológico, de la mano con cambios en el estilo de vida para disminuir al máximo la aparición de recaídas.

Esto supone entonces que el abordaje temprano permite hasta cierto punto modificar el curso de la enfermedad con el objetivo de que las capacidades funcionales se vean menos afectadas e intentando que la psicosis no represente un impedimento para el logro de metas y aspiraciones.

Es así como a través de estos abordajes se da una oportunidad de infundir esperanza en quienes han presentado un primer episodio psicótico: la vida sigue, y la recuperación es posible.

1.2 Justificación

La esquizofrenia es considerada como un trastorno mental grave, caracterizado por la presentación de síntomas positivos, dentro de los que destacan las alteraciones en la sensopercepción como alucinaciones y delirios, y síntomas negativos tales como anhedonia y aislamiento psicosocial. Los periodos de hospitalización, las recaídas y el deterioro generan importantes dificultades en el funcionamiento diario de la persona, así como en su capacidad para retomar su vida de forma independiente (Moriana, Liberman, Kopelowicz, Luque, Cangas y Alós, 2015).

Específicamente, el primer episodio psicótico puede afectar a la persona en múltiples ámbitos: personal, familiar, comunitario, académico, vocacional y laboral. Quienes lo experimentan a menudo pueden sentirse confundidos y lidian con tratar de comprender lo que les ha sucedido. Los déficits en el funcionamiento social a su vez impactan en el autocuidado, el mantenimiento de relaciones interpersonales y la consecución de metas y aspiraciones planteadas de previo a la aparición del episodio (Woolverton, Bell, Moe, Harrison-Monroe & Breitborde, 2017).

Aunado a lo anterior, el primer episodio psicótico por lo general se presenta en los primeros años de la juventud y vida adulta, entre los 15 y 30 años aproximadamente, momento en que el desarrollo social y educativo es fundamental. Debido a lo anterior, el trabajo, el estudio o las actividades sociales suelen sufrir el impacto de tal alteración (Herman, Shireen, Bromley, Yiu & Granholm, 2016).

Algunas de las intervenciones terapéuticas en el pasado, por ejemplo, desde el enfoque cognitivo conductual, estuvieron enfocadas principalmente en la reducción de los síntomas. No obstante, muchos sujetos con un primer episodio psicótico mostraban reducción en los síntomas, pero no una recuperación funcional en términos sociales, evidenciando ciertas dificultades en su desempeño social y ocupacional, al igual que en su calidad de vida. Por lo tanto, las intervenciones en la psicosis temprana comenzaron a focalizarse no solo en la presencia de sintomatología positiva sino también en la recuperación y promoción de un funcionamiento adaptativo (Herman et al., 2016).

Las investigaciones más recientes señalan que los pacientes responden mejor al tratamiento durante los primeros años, en especial durante los 24 meses posteriores al diagnóstico. El abordaje temprano interdisciplinario tras un primer episodio psicótico busca atenuar su impacto y supone

un factor protector ante posibles agentes estresores; pretende ayudar a estabilizar los síntomas, favorecer la adhesión al tratamiento y mejorar las posibilidades de integración social, entre ellos el trabajo, el estudio, las relaciones interpersonales y las actividades recreativas. Así, se fomenta una recuperación progresiva con mejor pronóstico en años posteriores (Moriana et al., 2015).

Por lo anterior, poder contar con evidencia científica respecto a la efectividad de la intervención temprana del primer episodio psicótico tendría un impacto positivo en el tipo de tratamiento que se ofrece a los pacientes en el sistema de salud costarricense, arrojaría luz sobre los componentes que debe incluir y la duración del mismo, lo que potenciaría las posibilidades de recuperación y reinserción, disminuyendo el impacto negativo de dicha condición en la calidad de vida y en los diferentes ámbitos en que se desenvuelve la persona.

CAPÍTULO II

Marco Teórico

1. Trastornos Psicóticos: Generalidades

Los trastornos del espectro de la psicosis presentan un potencial con consecuencias devastadoras para las y los pacientes, sus familias y la sociedad en general (Secher et al., 2015). Implican una serie de consecuencias negativas en múltiples niveles pues por un lado, la persona que lo presenta experimenta un curso de enfermedad usualmente caracterizado por recaídas constantes de los síntomas, dificultades para conseguir empleo, vida social limitada y poco gratificante y en ocasiones una mortalidad prematura. Por otra parte, los costos para la sociedad pueden llegar a ser bastante altos, dada la carga económica que implica el acceso a los sistemas de salud y el tratamiento farmacológico desde edades tempranas, siendo que en la mayoría de casos las personas continúan experimentando dificultades asociadas o se encuentran en riesgo de presentar futuros episodios (Breitborde et al., 2015).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (1992), los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones del pensamiento y la percepción, que se presentan junto con una afectividad inadecuada o embotada. Es usual que la persona mantenga la lucidez de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo y la evolución del cuadro clínico, pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales.

Entre los elementos psicopatológicos más importantes destacan: el pensamiento con eco, la inserción o robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios (control, influencia o pasividad), voces alucinatorias que comentan o discuten al paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo. Su evolución puede ser continua o episódica, con déficit progresivo o estable, o puede haber uno o más episodios, con remisión completa o incompleta. (OMS, 1992).

Específicamente, el constructo de “síntomas negativos” es de naturaleza multidimensional y engloba dos subcategorías distintas: falta de motivación o apatía y expresión disminuida, que implica una manifestación reducida del afecto y del lenguaje en general. La literatura ofrece una vasta evidencia de que los síntomas negativos constituyen el mayor determinante en términos de pronóstico del funcionamiento en los trastornos psicóticos, siendo que la apatía es más prevalente y persistente en el tiempo (Chang et al., 2018).

Dado que el primer episodio psicótico suele presentarse por primera vez en una etapa vital de importancia social, educativa, laboral y ocupacional, este tipo de síntomas acarrear consecuencias en términos de reincorporación a la vida académica, búsqueda y/o mantenimiento de trabajo o actividad remunerada, así como el desarrollo y consecución de metas y objetivos, afectando el sentido de esperanza, propósito, anhelo, satisfacción y calidad de vida (Herman, Shireen, Bromley, Yiu y Granholm, 2016).

2. *Clasificación de los Trastornos Psicóticos según CIE-10*

En el apartado “Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes) de la Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima revisión (CIE-10) se establecen los siguientes criterios diagnósticos generales:

Al menos uno de los síndromes, síntomas o signos incluidos en el apartado 1, o al menos dos de los síntomas y signos incluidos en 2 deben estar presentes la mayor parte del tiempo durante un episodio de enfermedad psicótica de por lo menos un mes de duración (o durante algún tiempo la mayor parte de los días).

1. Por lo menos uno de los siguientes:

- a) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, referidas claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicas y percepciones delirantes.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre sí acerca del enfermo, u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son completamente imposibles (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima o estar en comunicación con seres de otro mundo).

2. O al menos dos de los siguientes:

- A. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se presentan a diario durante al menos un mes, cuando se acompañan de ideas delirantes (que pueden ser

- fugaces o poco estructuradas) sin un contenido afectivo claro, o cuando se acompañan de ideas sobrevaloradas persistentes.
- B. Neologismos, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento, que dan lugar a un discurso incoherente o irrelevante.
 - C. Conducta catatónica, tal como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo y estupor.
 - D. Síntomas "negativos", tales como marcada apatía, pobreza del discurso y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica)

La clasificación diagnóstica es la siguiente:

- F20 Esquizofrenia
- F21 Trastorno esquizotípico
- F22 Trastornos delirantes persistentes
- F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios
- F24 Trastorno delirante inducido
- F25 Trastornos esquizoafectivos
- F28 Otros trastornos psicóticos de origen no orgánico
- F29 Psicosis de origen no orgánico, no especificada

Las formas de evolución del curso de los trastornos esquizofrénicos se especifican de la siguiente manera:

- F20.x0 Continua (sin remisión de los síntomas psicóticos durante el período de observación).
- F20.x1 Episódica con defecto progresivo (desarrollo progresivo de síntomas "negativos" en los intervalos entre episodios psicóticos).
- F20.x2 Episódica con defecto estable (síntomas "negativos" persistentes, pero no progresivos, en los intervalos entre episodios psicóticos).
- F20.x3 Episódica remitente (remisión completa o virtualmente completa entre los

- episodios psicóticos).
- F20.x4 Remisión incompleta.
 - F20.x5 Remisión completa.
 - F20.x8 Otra.
 - F20.x9 Curso incierto, período de observación demasiado corto.

3. *Clasificación de los Trastornos Psicóticos según DSM-V*

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición DSM-5, los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos son: la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y el trastorno esquizotípico de la personalidad. Son definidos por alteraciones en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento o discurso desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos.

Para la esquizofrenia, se describen los siguientes criterios diagnósticos:

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento inter-personal, académico o laboral).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que

cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Los especificadores del curso de la enfermedad deben utilizarse solamente después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos:

- Primer episodio, actualmente en episodio agudo.
- Primer episodio, actualmente en remisión parcial.
- Primer episodio, actualmente en remisión total.
- Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo.
- Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial.
- Episodios múltiples, actualmente en remisión total.
- Continuo.
- No especificado

Para especificar la gravedad, se utiliza una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar de acuerdo a su máxima gravedad en los últimos siete días sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave).

4. *Caracterización del primer episodio psicótico*

a. Etiología

Hay diversos modelos que brindan una aproximación etiológica de la esquizofrenia. Desde el enfoque funcional y estructural a nivel cerebral, los modelos de desarrollo “tempranos” postulan que las anomalías cerebrales específicas de la esquizofrenia se presentan muy temprano en la vida, incluso en la vida uterina, pero la aparición de la psicosis se retrasa hasta que el desarrollo cerebral cambia durante la adolescencia, por ejemplo la poda sináptica glutamatérgica, lo cual al disminuir la influencia del neurotransmisor GABA se produce un aumento de la modulación de la dopamina a nivel de corteza prefrontal. En este sentido, diversos estudios han observado déficits sociales tan pronto como a los 5 años de edad, mucho antes de la pubertad y adolescencia (Tarbox y Pogue-Geile, 2008).

Desde la patofisiología se apunta a las alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) en la génesis de la esquizofrenia y la vulnerabilidad al estrés, ya que los déficits en la regulación de la excitación y los cambios estructurales del eje HHA podrían preceder el inicio de la psicosis, siendo la hipersensibilidad de este eje en las primeras etapas del desarrollo las que pueden contribuir a la aparición de la psicosis en personas en etapa prodrómica. Aunque un aumento en los niveles de cortisol es una respuesta normal al estrés agudo, la elevación prolongada o frecuente del estrés y la exposición que lo acompaña pueden provocar alteraciones en el eje HHA el eje HPA y las estructuras asociadas, como el hipocampo (Tarbox y Pogue-Geile, 2008).

En este sentido, de acuerdo con McFarlane (2016), pese a que la evidencia científica apunta a alteraciones genéticas, neuroquímicas, inflamatorias y del desarrollo neurológico que involucran la función y estructura del cerebro, también hay evidencia de que el inicio, progresión y recaída de la enfermedad psicótica son resultado del estrés psicosocial. El modelo de vulnerabilidad al estrés o también conocido como “diátesis-estrés” describe las relaciones entre los agentes provocadores (factores de estrés), la vulnerabilidad y formación de síntomas (diátesis) y el

resultado. De esta manera, una persona vulnerable por su genética o factores de desarrollo y cuya tolerancia al estrés es incompatible con la exposición a una estimulación excesiva interna o externa, podría llegar a experimentar un episodio psicótico (McFarlane, 2016).

Los factores de estrés o agentes provocadores están representados por eventos que constituyen tensiones importantes como por ejemplo, transiciones de roles, alta emoción expresada por la familia, aislamiento social, trauma, conflictos y/o separación de la familia de origen, estimulación sensorial intensa y estigma experimentado, entre otros. El impacto de estas tensiones se refleja en alteraciones a nivel neuroquímico, que a su vez desencadenan una activación del eje HHA y aumento posterior en los sistemas neuronales de dopamina, noradrenalina y glutamatérgicos (McFarlane, 2016).

Estos principios de la Teoría Biosocial causal dan como resultado un modelo interactivo de retroalimentación desde el inicio a la posterior recaída, a diferencia de modelos de causalidad lineal. De acuerdo con McFarlane (2016), los síntomas sutiles, los cambios de comportamiento y el deterioro funcional son capaces de inducir ansiedad, enojo, rechazo, confusión, frustración, aislamiento social y otras reacciones en familiares, amigos y compañeros del ámbito académico o laboral, mismos que exacerban los síntomas al inducir estados psicológicos, reacciones fisiológicas y neuroquímicas en la persona vulnerable. El resultado entonces es un proceso de retroalimentación positiva que conduce al deterioro tanto del sujeto como de la familia (McFarlane, 2016).

b. Etapa prodrómica

Los trastornos del espectro de la psicosis suelen exhibir una fase prodrómica o prepsicótica, en la que tiene lugar un cambio en el funcionamiento del sujeto. El término “prodrómico” hace referencia entonces a un periodo de alteración y perturbación que consiste en una desviación con respecto a la experiencia previa y del comportamiento del individuo. Comprende desde los primeros síntomas perceptibles a los primeros síntomas psicóticos destacados y su duración suele ser prolongada, entre 1 y 5 años, y se asocia a niveles considerables de deterioro y discapacidad, sobre todo en el ámbito social (Domínguez-Martínez, Cristóbal-Narváez, Kwapil y Barrantes-Vidal, 2017).

El pobre funcionamiento social es uno de los déficits más importantes en la etapa prodrómica, el cual por lo general es más persistente y severo en comparación con otros trastornos

psiquiátricos, impactando la cognición social, el comportamiento y el ajuste social (Tarbox y Pogue-Geile, 2008).

Vallina (2003) señala la presencia de una serie de componentes: *síntomas psicóticos atenuados*, tales como suspicacia o cambios perceptivos, *síntomas inespecíficos afectivos*, como ansiedad, humor deprimido, alteraciones del sueño, y *cambios conductuales*, que son por lo general una respuesta a las manifestaciones anteriores, como por ejemplo aislamiento y abandono de actividades habituales. De esta manera, la persona oscilaría entre periodos de ausencia y presencia de los síntomas ya citados.

c. Evolución del primer episodio psicótico

Los primeros años después del inicio de la psicosis pronostican en gran medida la eventual morbilidad de trastornos del espectro psicótico, incluyendo condiciones como el suicidio, la pérdida de funcionalidad relacionada con las recaídas y la hospitalización, el comportamiento violento y el inicio de otros factores modificables como el uso de sustancias y el aislamiento social (Srihari et al., 2015).

El hecho de que las intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas hayan mostrado mejorar el curso de los síntomas ha llevado a considerar la existencia de un “periodo ventana” o “ventana de oportunidad” para mejorar el pronóstico de las personas que presentan un primer episodio psicótico en términos de funcionalidad y discapacidad (Srihari et al., 2015).

Pese a no existir un consenso, investigaciones recientes apuntan al concepto de “remisión funcional” y recuperación tras un primer episodio psicótico. En este sentido, la remisión funcional representaría un constructo multidimensional de elementos necesarios para un adecuado funcionamiento diario en la comunidad a corto plazo. Diversos instrumentos de evaluación como la Escala de Funcionamiento Social y Ocupacional y la Escala de Funcionamiento de Roles (SOFAS y RFS respectivamente, por sus siglas en inglés) proveen un estimado de funcionamiento global, basado en dominios que incluyen la vida independiente, el autocuidado, la productividad laboral, las redes de apoyo y el estado ocupacional. Dicha estimación se ha utilizado recientemente para definir entonces el grado de remisión funcional de un paciente (Chang et al., 2018).

Por su parte, la recuperación incluye síntomas y dimensiones funcionales que son medidas durante un periodo de tiempo sostenido, usualmente 2 años. De esta manera, se considera que la remisión funcional sería un estado intermedio hacia la recuperación, por lo que estudios recientes

apuntan a que el logro de una remisión funcional en el transcurso de la etapa temprana de la psicosis se asocia a un mejor funcionamiento a largo plazo (Chang et al., 2018).

Asimismo, las personas que presentan algún tipo de trastorno psicótico experimentan una alta probabilidad de sufrir estigmatización social asociada a la enfermedad mental, lo cual parece influir de manera negativa en la recuperación debido a que estas vivencias de estigmatización suelen derivar en el desarrollo de un estigma personal (Gerlinger et al., 2013; Corrigan y Watson, 2002, citados por Ho et al., 2017).

Este proceso se debe a que la persona acepta e internaliza los estereotipos de la enfermedad que están respaldados o fuertemente afianzados socialmente, de manera que este etiquetado negativo implica una serie de posibles consecuencias, tales como una autoestima negativa, un estilo de afrontamiento evitativo no adaptativo y una reducida motivación en la búsqueda y consecución de metas y objetivos (Link et al., 1989, 2001; Corrigan et al., 2006, 2009, citados por Ho et al., 2017). El resultado podría ser entonces el aislamiento social, disminución en la autoeficacia, incremento en la severidad de los síntomas positivos, percepción subjetiva de poca calidad de vida, bajo funcionamiento social y vocacional, baja adhesión al tratamiento, así como limitación en experimentar y aprovechar oportunidades en la vida (Ho et al., 2017).

Lo anterior no solamente perjudica y obstaculiza el desarrollo personal, sino que afecta a la familia, la comunidad y la sociedad. Estudios recientes realizados en los Estados Unidos muestran que los trastornos psicóticos crónicos representan el mayor porcentaje del costo en materia de salud mental, atribuible principalmente a los gastos por hospitalización, pero también por costos indirectos relacionados con la pérdida funcional a nivel laboral (Srihari et al., 2015).

d. Duración de la psicosis no tratada

El concepto de “duración de psicosis no tratada” o DUP por sus siglas en inglés (*duration of untreated psychosis*) hace alusión al tiempo transcurrido en que la persona que presenta síntomas psicóticos no recibe tratamiento neuroléptico (Domínguez-Martínez et al., 2017; Albert et al., 2017b, Ibáñez, 2018).

Este concepto cobra relevancia debido a que investigaciones realizadas en las últimas décadas sugieren que el abordaje de los trastornos psicóticos debe realizarse cuanto antes ya que ello puede ayudar a mejorar el curso del trastorno y reducir su impacto a largo plazo. De hecho, la posibilidad de realizar un monitoreo prospectivamente a individuos que se encuentran en mayor

riesgo de desarrollar un trastorno psicótico permite identificar factores clínicos de riesgo para la subsecuente psicosis, lo que es conocido como “estados mentales de alto riesgo”. Ello implica que un síndrome por debajo del umbral podría llegar a ser considerado como un factor de riesgo para posteriormente desarrollar psicosis (Domínguez-Martínez et al., 2017; Ibáñez, 2018).

Asimismo, se ha propuesto que la DUP –dado su impacto en los resultados clínicos y funcionales- puede ser comprendido como un marcador o determinante de los resultados de los programas de intervención en trastornos psicóticos (Albert et al., 2017b).

5. *Modelos de abordaje del primer episodio psicótico*

a. *Caracterización del tratamiento tradicional del primer episodio psicótico.*

El tratamiento usual suele ser provisto por un centro comunitario de salud mental. Si bien no hay un único esquema, la literatura concuerda en que el usuario suele ser atendido mensualmente por un profesional en enfermería en salud mental, la medicación es prescrita por un médico psiquiatra y se ofrece acceso a la consulta de otros profesionales en caso necesario. Pese a que las visitas domiciliarias son posibles, dada la carga de pacientes las consultas en el centro de salud son la regla, por lo que se instruye a las y los usuarios a consultar los servicios de emergencias psiquiátricas fuera de horarios de oficina en caso necesario (Secher, 2015).

La consejería, psicoeducación y atención familiar son elementos casi nulos dentro del tratamiento usual (Secher, 2015). Sin embargo, en algunos casos estos centros de atención han logrado brindar un seguimiento más cercano a las y los usuarios y realizan referencias o derivaciones a centros que ofrecen servicios complementarios (Albert et al., 2017).

b. *Caracterización del modelo de intervención temprana del primer episodio psicótico.*

En la actualidad, hay un creciente cuerpo de evidencia que apunta que los servicios clínicos especializados dirigidos a aquellas personas que se encuentran cursando el inicio de los síntomas psicóticos pueden ser efectivos en reducir tanto la carga clínica como económica asociada a estas enfermedades. De hecho, se considera que uno de los mayores logros en el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos de las últimas décadas ha sido la introducción de la intervención temprana especializada (Albert et al., 2017b).

La creación de equipos enfocados en el abordaje temprano partió de la hipótesis del periodo crítico en los trastornos psicóticos, la cual sugiere que la fluctuación que se observa en el curso

inicial de estos trastornos podría facilitar la receptividad a la intervención, alcanzando efectos a largo plazo si los pacientes logran ser estabilizados a un menor nivel de discapacidad (Albert et al., 2017). Por lo tanto, la premisa que subyace es la de brindar la atención de manera oportuna, de forma que se disminuya el retraso en el tratamiento y se provean intervenciones intensivas específicas en el margen de los primeros años de psicosis para mejorar el pronóstico de los y las pacientes (Chang et al., 2015).

Debido a lo anterior, cada vez es más frecuente la oferta de tratamientos interdisciplinarios e integrales para individuos con un primer episodio psicótico, los cuales pretenden abordar dificultades más allá de los síntomas diana tradicionales de los tratamientos farmacológicos e incluir dentro de los objetivos terapéuticos aquellos déficits en el funcionamiento del individuo, por ejemplo a nivel social, cognitivo o afectivo (Breitborde et al., 2015).

El desarrollo de estos programas especializados se ha caracterizado por un enfoque comprensivo, integral, multimodal y específico para el abordaje del primer episodio psicótico, centrado generalmente en el manejo asertivo de casos, con acceso a múltiples intervenciones psicosociales y tratamiento farmacológico de manera temprana y oportuna (Malla et al., 2017). Son programas que combinan tratamiento comunitario asertivo, psicoeducación, intervención familiar y administradores o coordinadores de caso a quienes se les asignan regularmente pocos pacientes para que puedan brindar un seguimiento oportuno. Suelen tener una duración de uno a dos años después del diagnóstico inicial (Albert et al., 2017).

Este tipo de intervenciones ofrecen tanto a los usuarios como a sus familias y cuidadores la posibilidad de mejorar el ajuste psicosocial a la psicosis temprana a través de un vínculo profesional cercano, psicoeducación integral, adhesión al tratamiento, afrontamiento y manejo del estrés y prevención de recaídas (Chang et al., 2017).

Así, dentro de los componentes de este abordaje temprano, se encuentra:

- **Terapia cognitivo-conductual:** es un tratamiento basado en la evidencia para sujetos con trastornos psicóticos, con una eficacia demostrada a nivel individual y grupal y que busca abordar los síntomas tanto positivos como negativos característicos de estos trastornos, así como otros elementos de interés como la ansiedad, el insomnio y los déficits en el funcionamiento social y vocacional (Breitborde et al., 2015). Adaptaciones específicas de este enfoque terapéutico son de utilidad para quienes cuentan con la motivación de regresar a la vida laboral o encontrar una actividad

remunerada (Fawler et al., 2017).

- Tratamiento asertivo comunitario: contempla la asignación de un administrador o coordinador de caso, responsable de mantener el contacto con el usuario y gestionar su tratamiento con el equipo de profesionales, servicios sociales y otras instituciones involucradas, así como de individualizar el abordaje. Los contenidos del tratamiento están diseñados específicamente para dirigirse a pacientes que experimentan un primer episodio psicótico.

Las consultas suelen llevarse a cabo en un centro de tratamiento o de manera domiciliar, según las preferencias de cada usuario y las valoraciones del personal. En casos en que los participantes se muestran reacios a recibir tratamiento, el administrador o coordinador del caso intenta mantenerse en contacto con el usuario y establecer un objetivo de tratamiento común. El equipo de administradores o coordinadores de casos está formado por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros en salud mental, terapeutas ocupacionales y terapeutas físicos (Secher, 2015). Además, tienen la tarea de reunirse periódicamente con el resto de profesionales que abordan el caso para monitorear y discutir los avances, así como para compartir e idear estrategias de prevención de recaídas (Malla et al. 2017).

- Psicoeducación familiar: usualmente consisten en talleres y grupos psicoeducativos. Uno de los pioneros en desarrollar esta intervención basada en la evidencia es William McFarlane, quien propuso dos principales módulos en las intervenciones familiares: unión o encuentro y sesiones de resolución de problemas familiares. Durante el módulo de unión o encuentro, los familiares y/o cuidadores se reúnen de manera individual con el profesional de una a tres sesiones para discutir el historial clínico de la persona, la experiencia familiar y la comprensión de la enfermedad de su allegado, así como el abordaje de dudas e inquietudes de los miembros de la familia. Posteriormente, las familias y los pacientes tienen la opción de participar en sesiones regulares de resolución de problemas, usualmente dos por mes, en las que se identifican retos y problemas que ocurren en sus vidas para evaluar posibles soluciones.

Dependiendo de las preferencias de la familia y de la capacidad del equipo tratante,

esta intervención familiar puede brindarse de manera individual a cada familia, o en formato grupal para múltiples familias (Breitborde et al., 2015). Por ejemplo, en el estudio OPUS se ofrecieron sesiones quincenales de 90 minutos de duración por 18 meses, para abordar los temas del manejo de la enfermedad y resolución de problemas. Los grupos se conformaron con familias de cuatro a seis pacientes y dos terapeutas presentes de manera simultánea (Secher, 2015).

- Entrenamiento en habilidades sociales: incluye habilidades en la comunicación y conversación, resolución de problemas y afrontamiento de los síntomas y el tratamiento farmacológico (Secher, 2015).

Además, estos programas de intervención temprana suelen colaborar de manera cercana con organizaciones no gubernamentales que ofrecen programas comunales de rehabilitación y entrenamiento vocacional para usuarios que se recuperan de una psicosis temprana (Chang et al. 2017).

Por otra parte, a pesar de que se encuentran sistematizados, estos programas de intervención temprana presentan algunas diferencias. Por ejemplo, estudios realizados por equipos de intervención temprana en China reportan una mayor carga de casos para los coordinadores que en programas occidentales, por lo que en lugar de proveer intervención intensiva como la terapia cognitivo conductual o terapia familiar especializada, el manejo de casos en estos programas se enfoca en la psicoeducación, cuidados de apoyo, mejoramiento del soporte y comunicación con los cuidadores y familiares, dado que las redes de apoyo juegan un rol importante en la recuperación y que la mayoría de usuarios vive con sus familias (Chang et al. 2017).

De acuerdo con Fawler et al. (2017), la intervención temprana tras el primer episodio psicótico ha dado lugar a importantes avances en la recuperación de los pacientes, particularmente desde el ámbito social, al comparársele con los servicios en salud mental tradicionales, los cuales lograban que apenas el 15% de los pacientes pudieran alcanzar una recuperación parcial o total después de 2 años de tratamiento, situación que deviene en un pobre funcionamiento global, mostrando en especial un declive en la vida social; sin mencionar el alto impacto económico para la sociedad relacionado con la pérdida de la productividad.

Este porcentaje se ha incrementado a un 40-60% a través de los programas de intervención

temprana. Sin embargo, el restante porcentaje de usuarios experimenta dificultades para beneficiarse aún de estos servicios especializados, situación que se asocia a una escasa adhesión al tratamiento, pérdida del rol social, estigma percibido, trastornos comórbidos y síntomas psicóticos resistentes al tratamiento farmacológico (Fawler et al., 2017).

Estos programas de intervención temprana especializada están actualmente bien establecidos como el tratamiento estándar para el abordaje del primer episodio psicótico en muchos países desarrollados, debido a que en el corto plazo han mostrado efectos positivos en disminuir las tasas de hospitalización y menor cantidad de días cama mientras los pacientes se encuentran formando parte del programa (Albert et al., 2017).

Pese a ello, los resultados suelen ser contradictorios a mediano y largo plazo, asociado a efectos poco sostenibles en el tiempo, lo cual genera preocupación debido a los factores que pueden incidir en ello, como por ejemplo la extensión que deba tener el programa de intervención temprana y el tipo de seguimiento que se ofrezca a estos usuarios una vez finalizado el mismo (Chang et al., 2017).

c. Tipos de intervención temprana

- Centro especializado independiente: de acuerdo a Behan, Masterson y Clarke (2017), este modelo consta de un equipo interdisciplinario cuyo personal es encargado de brindar atención a las personas que presentan un primer episodio psicótico dentro de un área geográfica específica.

Contempla la administración o coordinación de casos con una carga aproximada de 10 a 15 usuarios por cada coordinador de caso, lo cual significa una carga menor en comparación con los servicios de salud mental comunitarios.

Incluye intervenciones psicológicas, farmacológicas, psicosociales, ocupacionales y familiares, a cargo de profesionales con las habilidades y formación necesarias para llevarlas a cabo. Requiere además otros servicios complejos de importancia como la hospitalización especializada y la intervención en crisis.

Esta atención especializada va dirigida a personas entre los 14 y 35 años y se brinda durante un tiempo definido, generalmente durante los 3 primeros años posterior al primer episodio psicótico. Posterior a la intervención, los pacientes son referidos a servicios de atención primaria o servicios comunitarios de salud mental.

Este es un modelo que aspira a altos niveles de adhesión al tratamiento; sin embargo, ha recibido críticas por el costo económico que implica y el encontrarse desligado de los centros comunitarios de salud mental hacen que el traslado de las y los usuarios suele ser problemático. Se dice además que no todas las personas podrían ser candidatas a recibir esta atención especializada por tanto tiempo y que dependiendo de la intensidad de los síntomas podrían beneficiarse de un esquema menos intensivo o de menor duración (Behan, Masterson y Clarke, 2017).

- “Centro- radiales”: esta es una versión modificada de la anterior y fue desarrollada en Australia como un abordaje pragmático para poder hacerle frente al reto de llevar una intervención temprana especializada para el primer episodio psicótico a áreas geográficas alejadas y rurales. Se creó entonces un centro que brinda soporte al equipo de especialistas a la distancia (“radiales”) que usualmente forman parte de un servicio comunitario de salud mental. El centro se encarga de proveer supervisión clínica, liderazgo, educación y entrenamiento. Las “radiales” están formados generalmente por profesionales en enfermería en salud mental y trabajo social (Behan, Masterson y Clarke, 2017).

Algunas ventajas de este modelo incluyen menores costos de funcionamiento, personal integrado en la comunidad y capaz de establecer enlaces con los servicios locales y la atención primaria, así como una menor transición entre los servicios de salud mental. No obstante, dentro de los escasos estudios de este tipo de modelo de intervención temprana sobresalen críticas como una menor calidad en la atención brindada y una presencia interdisciplinaria limitada (Behan, Masterson y Clarke, 2017).

- Atención de salud mental comunitaria mejorada: de acuerdo a Behan, Masterson y Clarke (2017), el personal de un centro comunitario de salud mental desempeña un rol de intervención temprana, administrando y coordinando los casos de usuarios con un primer episodio psicótico, aunado a sus roles y funciones habituales. Aunque el personal pueda estar capacitado para ello, pueden diferir del espíritu de la intervención temprana y la filosofía de la atención especializada.

CAPÍTULO III

Problema y Objetivos

3.1 Problema

Para la elaboración del problema de la presente investigación, se siguió el modelo de preguntas PICO (por sus siglas en inglés) para referirse a los componentes implicados en una revisión sistemática, a saber: Población, Intervención, Comparación y Resultados (Petticrew y Roberts, 2006):

P	Personas mayores de 15 años, con diagnóstico del espectro de la psicosis por primera vez en la vida.
I	Intervención temprana. Usualmente es una intervención interdisciplinaria especializada que contempla Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Terapia Ocupacional y Enfermería. Dentro de sus componentes se encuentra terapia familiar, terapia cognitivo-conductual, intervención en crisis y abordaje del consumo de drogas en casos necesarios. Se da seguimiento entre 2 y 5 años posterior al primero episodio psicótico.
C	Intervención estándar o tratamiento usual. Normalmente contempla atención psiquiátrica ambulatoria y tratamiento farmacológico en servicios no especializados (atención primaria o secundaria).
O	Disminución de días estancia en reingresos hospitalarios, mayor adhesión al tratamiento, favorecimiento de la incorporación social, disminución de la intensidad en síntomas positivos y negativos.

Fuente: Elaboración propia

Así las cosas, el problema de investigación se define de la siguiente manera:

¿Cuál es la evidencia científica disponible acerca de la eficacia de la intervención temprana del primer episodio psicótico en pacientes mayores de 15 años en la reducción del impacto de síntomas y prevención de recaídas?

3.2 Objetivos

Objetivo general

Analizar la evidencia disponible sobre la efectividad de la intervención temprana del primer episodio psicótico en pacientes mayores de 15 años en la reducción del impacto de síntomas y prevención de recaídas.

Objetivos específicos:

1. Identificar indicadores reportados de efectividad de la intervención temprana del primer episodio psicótico en la reducción del impacto de síntomas.
2. Identificar indicadores reportados de efectividad de la intervención temprana en la prevención de recaídas.
3. Comparar los resultados obtenidos a través de la intervención temprana del primer episodio psicótico frente a intervención estándar o tratamiento usual.

CAPÍTULO IV

Metodología

4.1 Estrategia metodológica

La presente investigación corresponde a una revisión sistemática, la cual está caracterizada por ser un método para dar sentido a grandes cuerpos de información. Son revisiones de literatura adheridas a un conjunto de métodos que tienen por objetivo limitar el error sistemático o sesgo, identificando, evaluando y sintetizando aquellos estudios e investigaciones que se consideren pertinentes a un tema específico para responder a una pregunta en particular y lograr una comprensión integral. Además, permite trazar áreas de incertidumbre e identificar qué tanta investigación se ha realizado en torno a un tema, la calidad de la evidencia con la que cuenta y, por ende, dónde se necesita mayor estudio (Petticrew y Roberts, 2006).

De esta manera, la revisión sistemática plantea una pregunta formulada con claridad y recurre a métodos sistemáticos y explícitos para identificar, seleccionar y valorar investigaciones relacionadas con la pregunta planteada y posteriormente, recoger y analizar las mismas. El fin de ello es poder realizar una revisión de la literatura existente que sea objetiva, sistemática y cuyos resultados sean replicados, lo cual hace de la revisión sistemática una labor científica tal como lo es la realización de un estudio empírico (Sánchez-Meca y Botella, 2010).

4.2 Población y muestra

La población de la presente investigación está conformada por todos los posibles artículos de investigación relacionados con la intervención temprana del primer episodio psicótico. La búsqueda se realizó a través de las bases de datos del Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información de la Universidad de Costa Rica (SIBDI), en específico: Cochrane, EBSCO, Medline, Pubmed y PsycARTICLES. Por medio de las palabras clave y delimitadores de búsqueda, se filtraron 11 artículos del total inicial de artículos posibles correspondientes a 3241.

4.3 Criterios de inclusión y exclusión

Para la selección de artículos en la presente investigación, se utilizaron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Artículos cuyo foco de estudio es la intervención temprana del primer episodio psicótico.
- Artículos cuya población de estudio sea mayor de 15 años.
- Artículos de ensayos clínicos aleatorizados y controlados, metaanálisis o revisiones sistemáticas.
- Artículos recuperados de las bases de datos Cochrane, EBSCO, Medline, PubMed y PsycARTICLES a texto completo.
- Artículos cuya fecha de publicación se ubique entre los años 2013 y 2018.
- Publicaciones en idioma español o inglés.

Criterios de exclusión

- Estudios llevados a cabo con población menor de 15 años.
- Estudios cuya población cuente con otros diagnósticos o condiciones psiquiátricas comórbidas.
- Estudios enfocados en la prevención del primer episodio psicótico.
- Estudios enfocados en cuidadores de pacientes con un primer episodio psicótico.
- Propuestas o protocolos de investigación que no se hayan realizado.
- Artículos que requieran pago económico para su adquisición.

4.4 Procedimientos para la sistematización y análisis de los resultados

Palabras clave y buscadores

La búsqueda se realizó por medio de palabras clave específicas, tanto en idioma inglés como español, aunado a los criterios de inclusión y exclusión previamente señalados. Estas palabras clave fueron elegidas como resultado de una revisión preliminar de la literatura e identificadas como relevantes en relación a la temática abordada y combinadas de la siguiente forma como criterios de búsqueda:

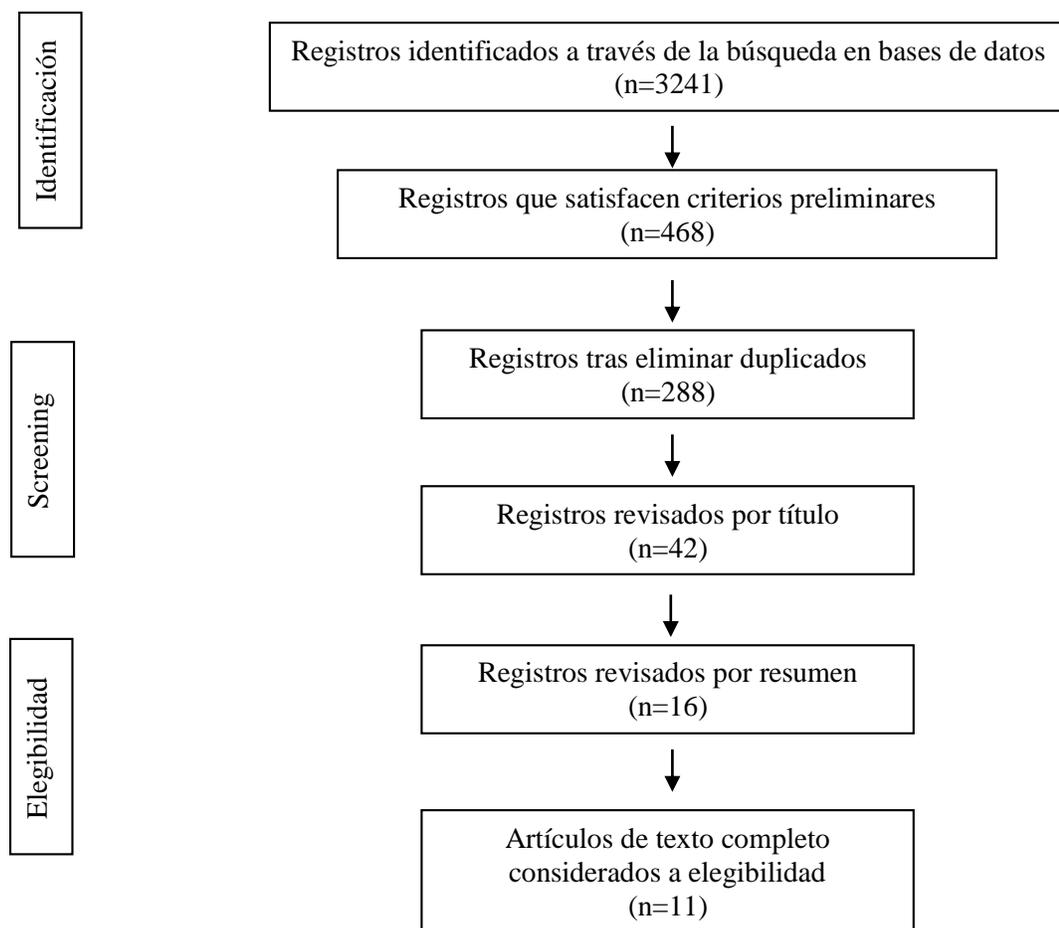
- Early intervention + Psychosis
- Early intervention + First-episode psychosis
- Intervención temprana + Psicosis
- Intervención temprana + Primer episodio psicótico

Procedimientos

La búsqueda de artículos se realizó en el mes de junio de 2018. En la primera etapa se obtuvieron 3241 artículos, de los cuales 468 satisfacían los criterios de búsqueda preliminares. Seguidamente, se identificaron aquellos que se encontraban duplicados entre las distintas bases de datos, procedimiento que descartó 180 artículos, y permitió contar con un total de 288 artículos.

En la segunda etapa, se dio lectura a los títulos de estos 288 artículos para verificar su relación con la temática en cuestión. De ellos, se descartaron 246 artículos pues no se ajustaban a los criterios de inclusión y exclusión definidos y quedó un total de 42 artículos, cuyos abstract fueron sometidos a revisión para conocer las características del estudio (metodología empleada, población), y de dicha revisión se filtraron finalmente 11, mismos que se utilizaron para la presente investigación.

Diagrama de flujo de referencias



Extracción de datos

Posterior al proceso de selección de las investigaciones se dio inicio con la extracción de los datos para su respectivo análisis. Para ello, se construyeron una serie de tablas que facilitaran la selección de la información más relevante para efectos del presente estudio, de manera que contemplaran los objetivos propuestos.

De esta forma, se construyó una tabla de vaciamiento de datos que incluye nombre del artículo, autores, año de publicación, número de participantes, promedio de edad, intervención realizada, grupo control/comparación utilizado, medidas de resultado, evaluaciones y análisis estadísticos.

Seguidamente, se diseñó una tabla que recopila las principales características de las intervenciones tempranas, entre ellas la duración de la intervención, las disciplinas implicadas, los objetivos contemplados y el trabajo realizado.

Finalmente, se construyó una tabla en el que se reúnen los principales indicadores de efectividad de las intervenciones tempranas realizadas en términos de prevención de recaídas y reducción del impacto de los síntomas en los pacientes.

CAPÍTULO V

Resultados

Muestra de investigaciones

Tras el proceso de filtraje y selección de los artículos a contemplar para la presente investigación, se obtuvieron 11 artículos, los cuales se presentan seguidamente:

Tabla 1. Artículos seleccionados		
Título	Autores	Año
Five years of specialised early intervention versus two years of specialised early intervention followed by three years of standard treatment for patients with a first episode psychosis: randomised, superiority, parallel group trial in Denmark (OPUS II)	Albert, N., Melau, M., Jensen, H., Emborg, C., Mollegaard, J., Fagerlund, B., Gluud, C., Mors, O., Hjorthøj, C. & Nordentoft, M.	2017
The effect of duration of untreated psychosis and treatment delay on the outcomes of prolonged early intervention in psychotic disorders	Albert, N., Melau, M., Jensen, H., Hastrup, L., Hjorthøj, C. & Nordentoft, M.	2017
Systematic review of the evidence for service models delivering early intervention in psychosis outside the stand-alone centre	Behan, C., Masterson, S. & Clarke, M.	2017
Optimal duration of an early intervention programme for first-episode psychosis: randomized controlled trial	Chang, W., Chan, G., Jim, O., Lau, E., Hui, C., Chan, S., Lee, E. & Chen, E.	2015
Sustainability of treatment effect of a 3-year early intervention programme for first-episode psychosis	Chang, W., Kwong, V., Lau, E., So, H., Wong, C., Chan, G., Jim, O., Hui, C., Chan, S., Lee, E. & Chen, E.	2017
Motivational impairment predicts functional remission in first-episode psychosis: 3-Year follow-up of the randomized controlled trial on extended early intervention	Chang, W., Kwong, V., Fai, P., Lau, E., Chan, G., Jim, O., Hui, C., Chan, S., Lee, E. & Chen, E.	2018
Prediction of self-stigma in early psychosis: 3-Year follow-up of the randomized-controlled trial on extended early intervention	Ho, R., Chang, W., Kwong, V., Lau, E., Chan, G., Jim, O., Hui, C., Chan, S., Lee, E. & Chen, E.	2017

Tabla 1. Artículos seleccionados (continuación)		
Título	Autores	Año
Comprehensive Versus Usual Community Care for First-Episode Psychosis: 2-Year Outcomes From the NIMH RAISE Early Treatment Program	Kane, J., Robinson, D., Schooler, N., Mueser, K., Penn, D., Rosenheck, R., Addington, J., Brunette, M., Correll, C., Estroff, S., Marcy, P., Robinson, J., Meyer-Kalos, P., Gottlieb, J., Glynn, S., Lynde, D., Pipes, R., Kurian, B., Miller, A., Azrin, S., Goldstein, A., Severe, J., Lin, H., Sint, K., John, M. & Heinssen, R.	2015
Comparing three-year extension of early intervention service to regular care following two years of early intervention service in first-episode psychosis: a randomized single blind clinical trial	Malla, A., Joober, R., Iyer, S., Norman, R., Schmitz, N., Brown, T., Lutgens, D., Jarvis, E., Margolese, H., Casacalenda, N., Abdel-Baki, A., Latimer, E., Mustafa, S. & Abadi, S.	2017
Feasibility and Effectiveness of a Multi-Element Psychosocial Intervention for First- Episode Psychosis: Results From the Cluster-Randomized Controlled GET UP PIANO Trial in a Catchment Area of 10 Million Inhabitants	Ruggeri, M., Bonetto, C., Lasalvia, A., Fioritti, A., de Girolamo, G., Santonastaso, P., Pileggi, F., Neri, G., Ghigi, D., Giubilini, F., Miceli, M., Scarone, S., Cocchi, A., Torresani, S., Faravelli, C., Cremonese, C., Scocco, P., Leuci, E., Mazzi, F., Pratelli, M., Bellini, F., Tosato, S., De Santi, K., Bissoli, S., Poli, S., Ira, E., Zoppei, S., Rucci, P., Bislenghi, L., Patelli, G., Cristofalo, D. & Meneghelli, A.	2015
Ten-Year Follow-up of the OPUS Specialized Early Intervention Trial for Patients With a First Episode of Psychosis	Secher, R., Rygaard, C., Austin, S., Thorup, A., Jeppesen, P., Mors, O. & Nordentoft, M.	2015

Fuente: Elaboración propia

La totalidad de artículos seleccionados se encuentran en idioma inglés y de ellos, el 90.9% (n=10) se compone de estudios experimentales aleatorizados, en las que se comparó la

intervención temprana especializada para el primer episodio psicótico (grupo experimental) versus el tratamiento estándar o regular (grupo control), y el 9.1% (n=1) corresponde a revisiones sistemáticas.

Los estudios aleatorizados tuvieron diversas sedes: el 40% (n=4) se llevó a cabo en el continente europeo (Dinamarca e Italia), 40% (n=4) se realizó en Asia (China) y 20% (n=2) en Norteamérica (Estados Unidos y Canadá).

A continuación, en la Tabla 2, se presentan los resultados más relevantes de los estudios que componen la presente investigación:

Tabla 2. Principales resultados				
Autores y año	Número de estudios/ participantes, edad, diagnósticos	Duración de intervención temprana	Componentes de la intervención temprana	Principales Resultados
Albert, N., Melau, M., Jensen, H., Emborg, C., Mollegaard, J., Fagerlund, B., Gluud, C., Mors, O., Hjorthøj, C. & Nordentoft, M. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> • 400 participantes entre 18 y 35 años • Edad promedio=25.6 años • DUP promedio=121 semanas • Diagnósticos: esquizofrenia (n=299), trastorno esquizotípico (n=83), trastorno delirante (n=10), trastorno psicótico breve (n=2), trastorno esquizoafectivo (n=4), trastorno psicótico no especificado (n=2). 	<p>Todos completaron 2 años de intervención temprana especializada para el primer episodio psicótico. De manera aleatoria, un grupo de 197 personas recibió 3 años de extensión de tratamiento (para un total de 5 años de intervención temprana) mientras que el otro grupo recibió 3 años de tratamiento estándar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención temprana: El tratamiento OPUS consiste en 3 elementos centrales: tratamiento comunitario asertivo modificado, intervenciones familiares y entrenamiento en habilidades sociales, y un administrador o coordinador de caso en razón de 12 casos por encargado. • Tratamiento estándar: tratamiento ambulatorio que provee seguimiento médico psiquiátrico e intervención en crisis, con escaso apoyo comunitario. No cuenta con la figura del administrador de caso. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se observaron diferencias significativas en los niveles de síntomas negativos entre ambos grupos tras el seguimiento. • No se observaron diferencias significativas en el nivel de funcionalidad, capacidad de involucrarse en el mercado laboral, funcionamiento cognitivo y admisiones hospitalarias entre ambos grupos. • Quienes recibieron 5 años del programa OPUS fueron más proclives a permanecer en contacto con los servicios profesionales en salud mental, tuvieron mayor satisfacción como usuarios y demostraron mayor alianza de trabajo que el grupo control. • Ambos grupos lograron igual éxito en mantener los efectos sobre los síntomas negativos.

Tabla 2. Principales resultados (continuación)				
Autores y año	Número de estudios/ participantes, edad, diagnósticos	Duración de intervención temprana	Componentes de la intervención temprana	Principales Resultados
Albert, N., Melau, M., Jensen, H., Hastrup, L., Hjorthøj, C. & Nordentoft, M. (2017b)	<ul style="list-style-type: none"> • 317 participantes entre 18 y 35 años • Edad promedio=25.1 años • DUP promedio=38 semanas • Diagnósticos: esquizofrenia (n=299), trastorno delirante (n=10), trastorno psicótico breve (n=2), trastorno psicótico no especificado (n=2). 	<p>Todos completaron 2 años de intervención temprana especializada para el primer episodio psicótico. De la población inicial y de manera aleatoria, se seleccionó a un grupo de 117 personas quienes recibieron 3 años de extensión de tratamiento (para un total de 5 años de intervención temprana) mientras que otro grupo de 113 personas recibió 3 años de tratamiento estándar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención temprana: El tratamiento OPUS consiste en 3 elementos centrales: tratamiento comunitario asertivo modificado, intervenciones familiares y entrenamiento en habilidades sociales, y un administrador o coordinador de caso en razón de 15 casos por encargado. • Tratamiento estándar: tratamiento ambulatorio que provee seguimiento médico psiquiátrico e intervención en crisis, con escaso apoyo comunitario. No cuenta con la figura del administrador de caso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los participantes con una corta duración (<3 meses) de psicosis no tratada (DUP por sus siglas en inglés) mostraron una respuesta significativamente mayor al tratamiento prolongado en relación con la dimensión de síntomas negativos y desorganización que aquellos con una DUP >3 meses. • No se observaron efectos beneficiosos de prolongar la intervención temprana especializada para el grupo con una DUP >3 meses. • Participantes con una DUP <6 meses mostraron una respuesta más favorable a la intervención temprana en el abordaje de síntomas negativos que aquellos cuya DUP >6 meses.

Tabla 2. Principales resultados (continuación)

Autores y año	Número de estudios/ participantes, edad, diagnósticos	Duración de intervención temprana	Componentes de la intervención temprana	Principales Resultados
Behan, C., Masterson, S. & Clarke, M. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> 7 estudios revisados por pares y dos actas de conferencias/congresos. 	Se compararon los resultados de los programas de intervención temprana especializados y otros programas (centros de atención de salud mental comunitaria mejorada o integrada, centro – radiales.	<ul style="list-style-type: none"> Intervención temprana especializada: definido como programa de atención para personas con primer episodio psicótico en centros especializados. Otros tratamientos: definidos como tratamientos para la intervención temprana del primer episodio psicótico realizada en centros no especializados. 	<ul style="list-style-type: none"> Hay gran cantidad de estudios sobre intervención temprana especializada, pero pocos comparan este método con programas no especializados. Se observaron dificultades para implementar programas no especializados en zonas alejadas o rurales asociadas a la baja incidencia de psicosis, un área de cobertura mayor, el costo de desplazamiento desde zonas rurales para el entrenamiento y/o supervisión para los profesionales y también para los pacientes y familias. Se identificó una cultura profesional relativamente conservadora que podía mostrarse más resistente al cambio.

				<ul style="list-style-type: none">• Se observaron ventajas en entornos rurales como el alto nivel de atención informal y el trabajo voluntario que podrían ser de beneficio en términos de capital humano y espíritu comunitario.• Pese a implicar un costo económico mayor al inicio de la implementación, los programas de intervención temprana especializada parecen mostrar ser más rentables en relación costo-beneficio, aunque no sean replicables en entornos rurales.
--	--	--	--	--

Tabla 2. Principales resultados (continuación)

Autores y año	Número de estudios/ participantes, edad, diagnósticos	Duración de intervención temprana	Componentes de la intervención temprana	Principales Resultados
Chang, W., Chan, G., Jim, O., Lau, E., Hui, C., Chan, S., Lee, E. & Chen, E. (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • 160 participantes entre 15 y 25 años • Edad promedio=22.9 años • DUP promedio=36 semanas • Diagnósticos: trastornos del espectro de la esquizofrenia (n=131), psicosis afectiva (n=15) y otras psicosis no afectivas (n=13). • 4 participantes abandonaron el estudio. 	<p>Todos completaron 2 años de intervención temprana especializada para el primer episodio psicótico.</p> <p>De manera aleatoria, un grupo de 82 personas recibió 1 año de extensión de tratamiento (para un total de 3 años de intervención temprana) mientras que el grupo control de 78 personas recibió 1 año de tratamiento estándar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención temprana: programa EASY cuenta con equipos conformados por 2 psiquiatras, 3 coordinadores de caso y 1 trabajador social. Ofrece intervenciones dirigidas al restablecimiento de redes de apoyo, actividades de ocio y trabajo. Se provee apoyo, psicoeducación y entrenamiento en manejo del estrés a cuidadores. El coordinador de caso gestiona el tratamiento con el equipo clínico, centros comunitarios y otros profesionales en salud. La carga de casos del coordinador es una relación de 1:80 aproximadamente. • Tratamiento estándar: tratamiento ambulatorio que provee seguimiento médico psiquiátrico e intervención en crisis, con escaso apoyo comunitario. 	<ul style="list-style-type: none"> • En el seguimiento a los 12 meses de finalizada la intervención temprana, los participantes que continuaron con la extensión mostraron mejorías en niveles de funcionamiento global, habilidades para la vida independiente, productividad laboral, conformación de redes de apoyo social. • Quienes participaron de la extensión mostraron mejoría significativa en síntomas negativos y una menor puntuación global en escala PANSS. • No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en términos de niveles de síntomas positivos, duración de hospitalización, recaídas o intentos de suicidio.

Tabla 2. Principales resultados (continuación)

Autores y año	Número de estudios/ participantes, edad, diagnósticos	Duración de intervención temprana	Componentes de la intervención temprana	Principales Resultados
<p>Chang, W., Kwong, V., Lau, E., So, H., Wong, C., Chan, G., Jim, O., Hui, C., Chan, S., Lee, E. & Chen, E. (2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 160 participantes entre 15 y 25 años • Edad promedio=22.9 años • DUP promedio=36 semanas • Diagnósticos: trastornos del espectro de la esquizofrenia (n=131), psicosis afectiva (n=15) y otras psicosis no afectivas (n=13). • 4 participantes abandonaron el estudio. 	<p>Todos completaron 2 años de intervención temprana especializada para el primer episodio psicótico. De manera aleatoria, un grupo de 82 personas recibió 1 año de extensión de tratamiento (para un total de 3 años de intervención temprana) mientras que el grupo control de 78 personas recibió 1 año de tratamiento estándar. Se hizo un seguimiento 1 y 2 años después de que la atención finalizara para comparar un año de extensión del programa versus el tratamiento estándar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención temprana: programa EASY cuenta con equipos conformados por 2 psiquiatras, 3 coordinadores de caso y 1 trabajador social. Ofrece intervenciones dirigidas al restablecimiento de redes de apoyo, actividades de ocio y trabajo. Se provee apoyo, psicoeducación y entrenamiento en manejo del estrés a cuidadores. El coordinador de caso gestiona el tratamiento con el equipo clínico, centros comunitarios y otros profesionales en salud. La carga de casos del coordinador es una relación de 1:80 aproximadamente. • Tratamiento estándar: tratamiento ambulatorio que provee seguimiento médico psiquiátrico e intervención en crisis, con escaso apoyo comunitario. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se observaron diferencias significativas entre los grupos en términos de funcionamiento, severidad de síntomas y uso de servicios de salud en el seguimiento realizado al año ni a los 2 años. • Los beneficios alcanzados al extender la intervención temprana a 3 años no son sostenibles al ser trasladados a un tratamiento estándar.

Tabla 2. Principales resultados (continuación)

Autores y año	Número de estudios/ participantes, edad, diagnósticos	Duración de intervención temprana	Componentes de la intervención temprana	Principales Resultados
Chang, W., Kwong, V., Fai, P., Lau, E., Chan, G., Jim, O., Hui, C., Chan, S., Lee, E. & Chen, E. (2018)	<ul style="list-style-type: none">• 143 participantes entre 15 y 25 años• Edad promedio=22.9 años• DUP promedio=36.0 semanas• Diagnósticos: trastornos del espectro de la esquizofrenia (n=120), otros trastornos psicóticos (n=23).	Todos completaron 2 años de intervención temprana especializada para el primer episodio psicótico. De manera aleatoria, un grupo recibió 1 año de extensión de tratamiento (para un total de 3 años de intervención temprana) mientras que el otro grupo recibió 1 año de tratamiento estándar.	<ul style="list-style-type: none">• Intervención temprana: programa EASY cuenta con equipos conformados por 2 psiquiatras, 3 coordinadores de caso y 1 trabajador social. Ofrece intervenciones dirigidas al restablecimiento de redes de apoyo, actividades de ocio y trabajo. Se provee apoyo, psicoeducación y entrenamiento en manejo del estrés a cuidadores. El coordinador de caso gestiona el tratamiento con el equipo clínico, centros comunitarios y otros profesionales en salud. La carga de casos del coordinador es una relación de 1:80 aproximadamente.• Tratamiento estándar: tratamiento ambulatorio que provee seguimiento médico psiquiátrico e intervención en crisis, con escaso apoyo comunitario.	<ul style="list-style-type: none">• El 21.7% de los participantes lograron el estado de remisión funcional al realizar un seguimiento a los 3 años de haber iniciado la intervención temprana.• Se observó una relación significativa entre la apatía medida al inicio de la intervención temprana y la remisión funcional al finalizar el seguimiento.• Se observó ausencia de relación significativa entre la expresión disminuida y la remisión funcional.• Se encontró que los síntomas positivos, la desorganización, la depresión y la duración de la psicosis no tratada no predicen la remisión funcional.

Tabla 2. Principales resultados (continuación)				
Autores y año	Número de estudios/ participantes, edad, diagnósticos	Duración de intervención temprana	Componentes de la intervención temprana	Principales Resultados
Ho, R., Chang, W., Kwong, V., Lau, E., Chan, G., Jim, O., Hui, C., Chan, S., Lee, E. & Chen, E. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> • 136 participantes entre 15 y 25 años • Edad promedio=23.0 años • DUP promedio=33.2 semanas • Diagnósticos: trastornos del espectro de la esquizofrenia (n=115), psicosis afectiva (n=12) y otras psicosis no afectivas (n=9). 	<p>Todos completaron 2 años de intervención temprana especializada para el primer episodio psicótico. De manera aleatoria, un grupo recibió 1 año de extensión de tratamiento (para un total de 3 años de intervención temprana) mientras que el otro grupo recibió 1 año de tratamiento estándar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención temprana: programa EASY cuenta con equipos conformados por 2 psiquiatras, 3 coordinadores de caso y 1 trabajador social. Ofrece intervenciones dirigidas al restablecimiento de redes de apoyo, actividades de ocio y trabajo. Se provee apoyo, psicoeducación y entrenamiento en manejo del estrés a cuidadores. El coordinador de caso gestiona el tratamiento con el equipo clínico, centros comunitarios y otros profesionales en salud. La carga de casos del coordinador es una relación de 1:80 aproximadamente. • Tratamiento estándar: tratamiento ambulatorio que provee seguimiento médico psiquiátrico e intervención en crisis, con escaso apoyo comunitario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se observó que las variables género femenino, mayor duración de la psicosis no tratada, internamientos psiquiátricos previos y mayor severidad de síntomas positivos en la escala PANSS predicen un mayor grado de estigma personal. • Un 36.8% de usuarios del grupo que recibió la extensión de la intervención temprana exhibieron niveles moderados a altos de estigma personal a los 5 años de haber ingresado al programa. • No se observaron diferencias significativas en cuanto a niveles de estigma personal entre quienes recibieron la extensión de la intervención temprana y quienes fueron asignados al tratamiento estándar.

Tabla 2. Principales resultados (continuación)				
Autores y año	Número de estudios/ participantes, edad, diagnósticos	Duración de intervención temprana	Componentes de la intervención temprana	Principales Resultados
Kane, J., Robinson, D., Schooler, N., Mueser, K., Penn, D., Rosenheck, R., Addington, J., Brunette, M., Correll, C., Estroff, S., Marcy, P., Robinson, J., Meyer-Kalos, P., Gottlieb, J., Glynn, S., Lynde, D., Pipes, R., Kurian, B., Miller, A., Azrin, S., Goldstein, A., Severe, J., Lin, H., Sint, K., John, M. & Heinsen, R. (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • 404 pacientes entre 15 y 40 años, de 34 clínicas; 17 clínicas fueron elegidas al azar para brindar intervención temprana (programa NAVIGATE) y 17 clínicas ofrecieron el tratamiento estándar. • Edad promedio=23 años • DUP promedio= se compararon resultados ≤ 74 versus >74 semanas • Diagnósticos: esquizofrenia (NAVIGATE n=113, estándar n=101), trastorno esquizoafectivo (NAVIGATE n=43, estándar n=38), trastorno esquizofreniforme (NAVIGATE n=43, 	Cada usuario recibió 2 años de tratamiento. Se realizaron comparaciones de resultados al inicio, a los 6 meses, 12 meses, 18 meses y 24 meses.	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención temprana NAVIGATE (223 usuarios): programa que consiste en el manejo personalizado de la medicación, psicoeducación familiar, terapia individual focalizada en la resiliencia y apoyo a la educación y el empleo. • Tratamiento estándar (181 usuarios): tratamiento psiquiátrico en atención comunitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los usuarios del programa de intervención temprana NAVIGATE mostraron mayor adhesión al tratamiento. • Los y las participantes de NAVIGATE experimentaron mejoría en la puntuación total de la Escala de Calidad de Vida a lo largo de los 2 años de tratamiento, específicamente en las subescalas de “Relaciones interpersonales”, “Fundamentos intrapsíquicos” (sentido de propósito, motivación, curiosidad, vinculación emocional) y metas y actividades comunes. • Los participantes de NAVIGATE experimentaron mejoría en la puntuación total de la escala PANSS y en la Escala de Depresión en

	<p>estándar n=24), trastorno psicótico breve (NAVIGATE n=1, estándar n=1), trastorno psicótico no especificado (NAVIGATE n=23, estándar n=17).</p>			<p>Esquizofrenia Calgary al comparar los resultados al inicio y a los 24 meses de la intervención temprana.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los resultados de la Escala de Calidad de Vida y la escala PANSS se vieron significativamente afectadas dependiendo de la duración de la psicosis no tratada: quienes pasaron 74 o más semanas sin tratamiento presentaron resultados desfavorables en dichas escalas.
--	--	--	--	--

Tabla 2. Principales resultados (continuación)

Autores y año	Número de estudios/ participantes, edad, diagnósticos	Duración de intervención temprana	Componentes de la intervención temprana	Principales Resultados
Malla, A., Joobar, R., Iyer, S., Norman, R., Schmitz, N., Brown, T., Lutgens, D., Jarvis, E., Margolese, H., Casacalenda, N., Abdel-Baki, A., Latimer, E., Mustafa, S. & Abadi, S. (2017)	<ul style="list-style-type: none">• 220 participantes entre 18 y 35 años• Edad promedio=22.9 años• DUP promedio=49.3 semanas• Diagnósticos: diagnóstico primario del espectro de la esquizofrenia (n=143).• 11 participantes abandonaron el estudio.	Todos completaron 2 años de intervención temprana especializada para el primer episodio psicótico (coordinación de caso, farmacoterapia a la dosis efectiva más baja, intervención familiar, intervención grupal para favorecer la recuperación, terapia cognitivo conductual cuando así se indicó, e intervención en crisis). De manera aleatoria, 110 usuarios recibieron 3 años de extensión de tratamiento (para un total de 5 años de intervención temprana) mientras que 110 usuarios continuaron con el tratamiento estándar o regular	<ul style="list-style-type: none">• Extensión de la intervención temprana: incluyó coordinador de caso, intervención familiar, terapia cognitivo conductual e intervención en crisis. La carga de casos del coordinador se encontraba en una relación 20-22:1.• Tratamiento estándar o regular: derivación a servicios de atención primaria (salud comunitaria, servicios sociales y médicos familiares) o secundaria (clínicas psiquiátricas ambulatorias).	<ul style="list-style-type: none">• Los pacientes en el programa de extensión lograron una duración media significativamente mayor de remisión de síntomas positivos y negativos en comparación con los pacientes de tratamiento estándar.• Los pacientes del programa de extensión mostraron mayor adhesión al tratamiento que los pacientes de atención regular.

Tabla 2. Principales resultados (continuación)

Autores y año	Número de estudios/ participantes, edad, diagnósticos	Duración de intervención temprana	Componentes de la intervención temprana	Principales Resultados
Ruggeri, M., Bonetto, C., Lasalvia, A., Fioritti, A., de Girolamo, G., Santonastaso, P., Pileggi, F. Neri, G., Ghigi, D., Giubilini, F., Miceli, M., Scarone, S., Cocchi, A., Torresani, S., Faravelli, C., Cremonese, C., Scocco, P., Leuci, E., Mazzi, F., Pratelli, M., Bellini, F., Tosato, S., De Santi, K., Bissoli, S., Poli, S., Ira, E., Zoppei, S., Rucci, P., Bislenghi, L., Patelli, G., Cristofalo, D. & Meneghelli, A. (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • 444 participantes entre 18 y 54 años • Edad promedio=30.2 años • DUP promedio= no reportada • Diagnósticos: psicosis no afectiva (n=346), psicosis afectiva (n=98). • 52 participantes abandonaron el estudio. 	272 pacientes fueron asignados al grupo de intervención temprana especializada y 172 al grupo de tratamiento estándar. Cada usuario recibió 9 meses de tratamiento, al cabo de los cuales se hizo un seguimiento y los resultados se compararon con la línea base. Un 78% de pacientes recibieron ≥ 10 sesiones de terapia cognitivo conductual y 72% de familias recibieron ≥ 5 sesiones familiares.	<ul style="list-style-type: none"> • El programa PIANO (Psychosis: early Intervention and Assessment of Needs and Outcome) comprende 3 elementos: terapia cognitivo conductual para psicosis, intervención familiar focalizada en psicosis y coordinación de casos tanto para pacientes como familias. La intervención temprana fue realizada por profesionales en psiquiatría, psicología y enfermería de centros comunitarios de salud mental entrenados y supervisados por expertos. No se reporta la carga de casos para cada coordinador. • Tratamiento estándar: tratamiento ambulatorio farmacológico y seguimiento no especializado por parte del centro comunitario de salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes que recibieron la intervención temprana especializada, experimentaron reducción en la severidad de todos los síntomas. • Se observó mejoría en el nivel de funcionamiento global, bienestar emocional y en la experiencia subjetiva sobre los delirios, a favor de la intervención temprana especializada. • Se observó diferencia significativa en la reducción de síntomas como desorganización conceptual, hostilidad, aislamiento social y preocupación. • No se encontraron diferencias en la cantidad de días de hospitalización ni en la adhesión al tratamiento entre ambos grupos.

Tabla 2. Principales resultados (continuación)				
Autores y año	Número de estudios/ participantes, edad, diagnósticos	Duración de intervención temprana	Componentes de la intervención temprana	Principales Resultados
Secher, R., Rygaard, C., Austin, S., Thorup, A., Jeppesen, P., Mors, O. & Nordentoft, M. (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • 347 participantes entre 18 y 45 años • Edad promedio=26.6 años • DUP promedio= no evaluada • Diagnósticos (al inicio del estudio): esquizofrenia (n=362), trastorno esquizotípico (n=79), trastorno delirante (n=25), trastorno psicótico breve (n=45), trastorno esquizoafectivo (n=25), psicosis orgánica no especificada (n=11). 	<p>Del estudio original que contempló 547 participantes, se hizo el seguimiento a 347 participantes, 181 de los cuales participó en el programa OPUS y 166 recibieron tratamiento estándar.</p> <p>Se realizó seguimiento a los 10 años de finalizada la intervención, cuya duración fue de 2 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención temprana: el programa OPUS contempla el tratamiento asertivo comunitario, con un coordinador de caso que se encarga de gestionar con el resto del equipo OPUS, los servicios sociales y otras instituciones; además de planificar de manera individual el tratamiento para cada usuario. La carga de casos del coordinador se encontraba en una relación 10:1. El equipo estaba conformado por profesionales en trabajo social, psiquiatría, psicología enfermería psiquiátrica y terapia ocupacional. Contempla además psicoeducación familiar grupal quincenal durante 18 meses para el manejo de la enfermedad y resolución de problemas; así como entrenamiento en 	<ul style="list-style-type: none"> • Después de 8 años de finalizada la intervención temprana, la mayoría de quienes participaron de OPUS no requirieron pasar días en casas o centros de apoyo. • Después de 8 años de finalizada la intervención temprana, no se observaron diferencias significativas en los días cama en hospitalización psiquiátrica, tener hijos, vivir en pareja, trabajar, recibir educación o recibir beneficios por retiro temprano. • No hay reporte sobre la duración de la psicosis no tratada.

			<p>habilidades sociales. Se ofreció terapia cognitivo conductual (cuando era necesaria y disponible).</p> <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento estándar: tratamiento farmacológico y seguimiento mensual a nivel comunitario en un centro de salud mental a cargo de un profesional en enfermería psiquiátrica. La carga de casos del coordinador se encontraba en una relación 25:1.	
--	--	--	--	--

CAPÍTULO VI

Discusión

Los trastornos psicóticos están asociados a un deterioro en el funcionamiento global de la persona. Dicho deterioro suele manifestarse en múltiples ámbitos, entre ellos la cognición, el afecto, las relaciones interpersonales, la autoimagen y autoestima, la volición, la recreación y la productividad. Para ello se han diseñado a lo largo de décadas una serie de alternativas terapéuticas con el objetivo de apoyar y facilitar el proceso de rehabilitación y reinserción de la persona que ha sufrido psicosis.

En este sentido, la literatura evidencia una mejor evolución en quienes logran recibir una atención temprana y especializada al comparárseles con quienes reciben el tratamiento estándar. Dentro de los indicadores reportados en las investigaciones revisadas destaca un aumento en la adhesión al tratamiento, el contacto con los servicios profesionales en salud mental y la satisfacción como usuarios, así como mejoría en niveles de funcionamiento global, calidad de vida, bienestar emocional, habilidades para la vida independiente, productividad laboral y conformación de redes de apoyo social.

De igual manera, en aquellos estudios en los que se utilizó la escala PANSS como indicador de sintomatología psicótica, se evidenció que quienes participaron de los programas de intervención temprana reportaron una mejoría significativa en los síntomas negativos y una menor puntuación global en dicha escala.

Pese a estos alcances prometedores de los programas de intervención temprana, aún continúa existiendo un porcentaje de pacientes que experimentan deterioro funcional incluso tras la remisión de los síntomas (Chang et al., 2018). Ello plantea diversas interrogantes en torno a posibles elementos que inciden en los resultados de dichos programas, los cuales se discuten a continuación:

Duración del programa de intervención temprana

Tras la revisión realizada, uno de los factores que no son concluyentes se refiere a la duración apropiada del abordaje temprano, ya que aún no hay claridad sobre cuál debe ser la extensión de la intervención después del diagnóstico del primer episodio psicótico. Esto se debe a que los beneficios alcanzados durante el tratamiento parecen no lograr sostenerse en el tiempo.

Los estudios que realizan un análisis de los efectos de la intervención temprana a lo largo de la duración del programa y al finalizar el mismo, en promedio 2 años, concuerdan en elementos como una mayor adhesión al tratamiento, disminución en la severidad de los síntomas, aumento en el bienestar y calidad de vida percibido, así como un mayor nivel de involucramiento en actividades laborales y académicas.

Por su parte, la extensión de los programas de intervención temprana a 3 años ofrece evidencias contradictorias. Al comparar la extensión de la intervención temprana de 2 a 3 años no se observan diferencias estadísticamente significativas entre quienes reciben un año más de intervención especializada y quienes son trasladados a programas de tratamiento estándar, incluso no se reportan diferencias significativas en términos de admisiones hospitalarias y días cama en hospitalización psiquiátrica

Sin embargo, se observa que quienes completaron los 3 años de atención especializada muestran mayores puntuaciones en escalas de funcionamiento global y en la mayoría de dominios individuales de funcionamiento, así como una disminución en algunos síntomas positivos y negativos.

Adicionalmente, los usuarios que recibieron la extensión del tratamiento lograron una tasa de empleo a tiempo completo más alta y mayor duración acumulada en trabajo a tiempo completo que los que recibieron tratamiento estándar, por lo que siguen existiendo beneficios en el funcionamiento global a pesar de no ser estadísticamente significativos.

Pese a ello, uno de los estudios que implementa la extensión del abordaje temprano revela que tanto el grupo experimental como el grupo control exhibían grados moderados de discapacidad funcional al finalizar los 2 años de intervención temprana, es decir, previo a la extensión del tratamiento.

Estos datos apuntan a que las personas que han presentado un primer episodio psicótico, si bien pueden mejorar tras la intervención temprana, continuarán experimentando un deterioro funcional importante aun cuando se encuentren clínicamente estables y la remisión de síntomas se haya logrado.

Lo anterior plantea un cuestionamiento relevante respecto a la posibilidad de recuperación que pueda tener una persona que haya experimentado un primer episodio psicótico y de ciertas habilidades afectadas por la psicosis y en razón de ello, el alcance que pueda tener un programa

de intervención temprana especializada, a pesar de que se logre dispensar la ayuda de forma oportuna en relación a la aparición de los síntomas.

Variables afectivas y síntomas negativos: la apatía

Otro elemento que parece influir en el resultado de los programas de intervención temprana es la apatía. La falta de motivación como síntoma negativo característico de la psicosis podría llegar a afectar la adhesión al tratamiento e incluso disminuir los beneficios que pueda percibir la persona del mismo. Pese a ello, la motivación es un elemento escasamente considerado en los componentes de los programas de intervención temprana y ello podría verse entonces reflejado en los resultados tras los seguimientos realizados a corto y largo plazo.

Esta deficiencia sugiere modificar el esquema de abordaje de la psicosis temprana e investigación sobre la efectividad de los programas, debido a que la mayoría de estudios no incorporan elementos de evaluación y tratamiento específico de la apatía y motivación.

Duración de la psicosis no tratada

No todos los estudios incluyen el reporte y consecuente análisis de la duración de la psicosis no tratada (DUP por sus siglas en inglés). Entre los que sí lo reportan se observa que a corto plazo suele tener una injerencia mayor, es decir, las y los usuarios suelen experimentar mayor beneficio de los servicios brindados en el transcurso del año siguiente al primer episodio psicótico; mientras que conforme avanza el tiempo es un elemento que no marca diferencias significativas en cuanto a los resultados e impacto de la intervención temprana.

En este sentido, la duración de la psicosis no tratada parece incidir en la respuesta que exhibe una persona y el beneficio que puede obtener de una intervención temprana especializada, incluso cuando esta se prolonga por 3 a 5 años.

La evidencia señala que las personas con un menor lapso entre la aparición de los síntomas psicóticos y el inicio de la atención temprana mostraron diferencias significativas en cuanto a la disminución de los síntomas negativos, favoreciendo la extensión del tratamiento especializado.

Ello lleva a considerar que la respuesta favorable no solo depende de ofrecer por más tiempo la intervención temprana, sino que la misma debe ser oportuna, dentro de los primeros años de la enfermedad como tal y no solo en los primeros años tras el diagnóstico. Esto por cuanto en ocasiones la presentación sintomática puede pasar desapercibida para la propia persona o quienes

le rodean antes de que logre acceder a los sistemas de salud y recibir el tratamiento apropiado (Albert et al., 2017b).

Además, un mayor periodo de psicosis no tratada está asociado a una mayor exposición al estigma social, lo cual podría incrementar la predisposición a la internalización de dicho estigma. En este sentido, el periodo en el que la persona experimenta los síntomas psicóticos sin recibir tratamiento aumenta la vulnerabilidad a que dichas manifestaciones sean percibidas en su entorno social, experiencia que ha sido documentada y catalogada en la literatura como negativa, por cuanto la percepción sobre la enfermedad mental que existe en la sociedad suele estar asociada a connotaciones impredecibles, peculiares, peligrosas y violentas (Ho et al., 2017).

Si, como se ha evidenciado en los estudios revisados, el estigma personal se asocia con una autoestima negativa y disminución en elementos como autoeficacia, esperanza, orientación y motivación hacia el establecimiento y cumplimiento de metas, el no acceder a tiempo a los servicios de salud podría ser entonces una posible consecuencia de este estigma personal, limitando y afectando por ende su calidad de vida y pronóstico en la evolución de la sintomatología psicótica.

Capacidad instalada

Otro elemento que puede incidir en no lograr mayores índices de mejoría funcional tiene que ver con la escasa capacidad instalada de ciertos programas incipientes de intervención temprana especializada, usualmente asociado a limitaciones en cuanto a presupuesto o recursos económicos.

En este sentido, la figura del coordinador de caso es una constante en casi todos los modelos experimentales revisados y en algunos casos –principalmente los estudios realizados en China- se reporta una sobrecarga de casos para el profesional que realiza la coordinación. Se observó que aquellos estudios en los que el manejo de casos era entre 10-20 usuarios reportaron mayor satisfacción debido a la intensidad del tratamiento y al seguimiento que recibían las y los participantes (Albert et al., 2017).

En el esquema de la intervención temprana el coordinador de caso tiene un rol especial, pues es quien se encarga de brindar seguimiento de cerca a la condición del usuario y realiza una revisión continua de los objetivos del tratamiento, los cuales enfatizan principalmente el lograr la adhesión al mismo, el reconocimiento de señales de alerta ante una posible recaída, la reinscripción

en una actividad remunerada o académica, mejorar la comprensión del usuario y su familia respecto a la enfermedad, reducir la dependencia de los servicios hospitalarios, proveer intervención en crisis cuando es necesario y promover la autonomía de los usuarios.

Por ello, el seguimiento que brinda el coordinador de caso es indispensable en este modelo de intervención, ya que motiva constantemente para que las y los usuarios se mantengan en el programa de tratamiento, les sigue de cerca a través de atenciones domiciliarias o en el centro de salud con horarios flexibles, les insta a monitorear su propio riesgo de recaída, y facilita el contacto y referencia a otras intervenciones psicosociales cuando son necesarias (Malla et al., 2017).

Así las cosas y en vista de que una de las premisas de la atención del primer episodio psicótico radica justamente en el seguimiento personalizado y especializado, la coordinación de casos se convierte en la articulación esencial entre los sistemas de salud y la inserción comunitaria. Por ello, no contar con el suficiente recurso humano que logre dispensar este tipo de atención para dar abasto con la cantidad de usuarios a quienes se debe dar seguimiento podría traer implicaciones en la calidad de la intervención y una potencial disminución de los beneficios de la misma.

Transición a otras modalidades de atención

La abrupta transición hacia el sistema de atención ambulatoria a nivel comunitario podría ser un elemento que contribuya a reducir los beneficios logrados al concluir la intervención temprana.

Tras participar en el programa por aproximadamente 2 a 3 años y recibir una atención especializada e interdisciplinaria, las personas de los grupos experimentales son trasladados a centros comunitarios en los que el seguimiento de su caso deja de ser personalizado y las atenciones por parte de otros profesionales no se dispensan del todo, o bien, merman su frecuencia.

Ello lleva a considerar las percepciones y sensaciones que pueden experimentar las y los usuarios quienes, tras participar de programas intensivos por varios años, luego son atendidos en centros no especializados, con menor capacidad de respuesta y disponibilidad, y sin el seguimiento al que estaban acostumbrados previamente.

En este sentido, cabe valorar si es necesario un proceso de preparación intermedio que le facilite al usuario la transición y la adaptación al nuevo esquema bajo el cual será atendido, de manera que se programen sesiones de seguimiento o repaso de contenidos temáticos para verificar los avances y realizar ajustes en caso de ser necesario.

De los estudios revisados, ninguno de ellos reporta intervenciones de transición de este tipo. Tampoco se plantea un protocolo de acción en caso de que la persona abandone el tratamiento o si llegase a presentar una recaída.

Ante los altos costos económicos que podría implicar el mantener un programa personalizado de este calibre, las intervenciones grupales podrían ofrecer una solución de acompañamiento profesional, monitoreo y detección temprana de factores de riesgo para recaídas.

A primera vista, podría considerarse entonces que los efectos positivos de la intervención temprana persisten únicamente mientras los usuarios participan del programa y que, por tanto, este tipo de abordaje no es capaz de alterar el curso de la enfermedad en personas que han experimentado un primer episodio psicótico.

No obstante, tal como señala Secher et al. (2015), el hecho de que las diferencias entre los grupos experimentales (intervención temprana) y los grupos control (tratamiento estándar) parezcan difuminarse tras finalizar la intervención, no necesariamente es indicativo de que el programa no sea eficaz y eficiente a largo plazo. Lo anterior exige varias consideraciones.

La primera de ellas consiste en que, al finalizar los 2 años de intervención temprana, los usuarios fueron asignados a programas de tratamiento estándar o regular (atención en centros comunitarios de salud mental), lo cual como ya se mencionó, pudo haber influido en diluir el potencial a largo plazo de la intervención temprana al no continuar con la alianza de trabajo que mantenían previamente con el coordinador de caso y el equipo en general.

En este sentido, Chang et al. (2017) describen como un efecto disruptivo el transferir a las y los usuarios de un tratamiento especializado en atención temprana a un centro de servicios en salud de corte genérico pues puede ser experimentado por las y los usuarios como un sentido de pérdida, aunado al hecho de que disminuye la alianza terapéutica y se reduce de manera significativa la cantidad de atenciones multidisciplinarias recibidas.

En segundo lugar, los investigadores plantean la posibilidad de que los centros comunitarios de salud mental hubieran adoptado algunos principios del programa de intervención temprana, mejorando así la atención brindada. Esta situación podría atenuar las diferencias entre quienes fueron asignados al grupo de intervención temprana + tratamiento estándar y quienes fueron asignados solamente al tratamiento estándar.

La incorporación de profesionales en salud mental en estos centros comunitarios y la adopción de estrategias de seguimiento más frecuente y cercano, si bien no llegarían a sustituir el nivel de personalización y atención multicomponente que implica un programa de intervención temprana, podrían ofrecer una atención en salud de mejor calidad que los servicios dispensados en décadas anteriores.

En tercer lugar, tanto Secher et al. (2015) como Chang et al. (2017) concuerdan en que es probable que 2 años de intervención temprana no sean suficientes para lograr una mejoría que logre sostenerse a largo plazo. Debido a ello, los elementos psicoeducativos podrían requerir más tiempo o bien, sesiones de refuerzo y refrescamiento de los contenidos aprendidos para tener efectos duraderos. En caso de que no se contemple la extensión de tratamiento, el mismo debe hacer énfasis entonces en la instrucción al usuario y sus familiares, allegados y/o cuidadores para detectar a tiempo factores de riesgo de recaídas y la búsqueda oportuna de atención.

Por otra parte, cabe pensar que la extensión de tratamiento sea de beneficio para ciertos usuarios y que extender el abordaje temprano puede que no sea necesario en todos los casos. Por ejemplo, Malla et al. (2017) consideran que si se analiza con cuidado los resultados de diversas evaluaciones aplicadas (escalas de síntomas), si se toma en consideración la evolución que ha tenido el usuario y se llega a un consenso con el usuario y su familia o red de apoyo, podría asignarse a un tratamiento ambulatorio estándar o de atención primaria de acuerdo a sus necesidades. Se consideraría para ello a usuarios con un mayor nivel de escolarización, un bajo o nulo consumo de sustancias, y una evolución clínica positiva y estable al momento de tomar la decisión por el equipo clínico tratante.

Es probable entonces que la clave se encuentre no tanto en la extensión del abordaje temprano sino en la clase de seguimiento que pueda tener el usuario al finalizar el mismo. Si bien la mayoría de estudios revisados no reflejan diferencias significativas entre quienes participan de una extensión de intervención temprana especializada y el tratamiento estándar o grupo control, todos concuerdan en el hecho de que la oferta de servicios de este último ha mejorado con el pasar de los años.

En este sentido, quienes continuaron con el tratamiento estándar pero tuvieron la posibilidad de mantenerse en contacto con su coordinador de caso o bien, las familias fueron incorporadas en grupos de psicoeducación en los centros de salud mental comunitaria, pudieron

haber percibido efectos beneficiosos similares al hecho de continuar en el programa de intervención temprana especializada.

Debido a lo anterior, es necesario tomar con cautela los resultados de los estudios y en especial, la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales y los grupos control.

Los estudios analizados en la presente investigación concuerdan que, a pesar de que en algunos dominios no fue posible establecer diferencias significativas a favor de los programas de intervención temprana especializada para el primer episodio psicótico, sí se observa una evolución positiva en términos clínicos en aquellos pacientes que recibieron el tratamiento especializado.

CAPÍTULO VII

Conclusiones y Recomendaciones

7.1 Conclusiones

Tras la revisión de los estudios de la presente investigación, es posible concluir que los trastornos psicóticos, desde el primer episodio en que se presentan los síntomas, generan un impacto negativo en múltiples ámbitos de la vida de la persona y su entorno inmediato, lo que ha motivado a investigadores a desarrollar programas con el fin de brindar tratamientos oportunos y eficaces que beneficien la calidad de vida global del paciente y su familia.

Usualmente, el abordaje del primer episodio psicótico se ha caracterizado por ofrecer la medicación necesaria por parte de un profesional en psiquiatría y el seguimiento se encuentra a cargo de un centro de atención comunitaria en salud mental. Sin embargo, dado que este tipo de servicios por lo general cuenta con una alta demanda, no es posible seguir de cerca la evolución de los síntomas, por lo que se le instruye a la persona en buscar ayuda especializada ante la sospecha de una posible recaída. La intervención interdisciplinaria y el abordaje multicomponente (individuo, familia, comunidad) son elementos que tradicionalmente no han formado parte del tratamiento del primer episodio psicótico.

Ante los resultados poco esperanzadores de este tipo de tratamientos en términos de calidad de vida, adaptación y reinserción funcional, investigadores comenzaron a mostrar su interés en crear programas más eficaces e identificar diversos elementos que podrían contribuir a incrementar dicha eficacia.

La evidencia recopilada a la fecha apunta al efecto positivo de la intervención temprana especializada del primer episodio psicótico durante la implementación de la misma. Indicadores como la disminución en la sintomatología negativa, una mayor adhesión al tratamiento, la satisfacción de las y los usuarios con la atención recibida, el seguimiento de cerca de la evolución de la enfermedad; la mejoría en el funcionamiento global y calidad de vida, así como el desarrollo de habilidades que favorecen la autonomía, la inserción laboral y social, revelan el impacto positivo en las y los usuarios que han participado de este tipo de intervención.

Sin embargo, la persistencia de un deterioro funcional aún en remisión de síntomas propios de la psicosis, demanda la consideración de elementos que podrían influenciar la efectividad de los programas de intervención temprana de los episodios psicóticos.

En este sentido, tras la presente revisión se concluye que no hay consenso en cuanto a la duración apropiada de dichos programas, particularmente porque sus efectos positivos suelen desvanecerse con el tiempo al comparárseles con los resultados del tratamiento estándar. Esto en parte podría deberse a la necesidad de realizar una transición escalonada hacia los servicios comunitarios de salud mental, así como a la implementación de mejoras en el tratamiento estándar.

Así, la transición abrupta a otras modalidades de atención al finalizar el programa de intervención temprana podría incidir en la reducción de sus efectos a mediano y largo plazo, asociado a la falta de seguimiento especializado y disminución del involucramiento y participación de otros actores, como la familia, allegados y/o cuidadores en el tratamiento.

Igualmente, la duración de la psicosis no tratada parece tener un peso considerable en el beneficio que pueda obtener un usuario cuando se aborda de manera temprana su psicosis. Los estudios concuerdan en cuanto a la relación existente entre una menor duración de psicosis no tratada, la disminución de sintomatología y una menor probabilidad de llegar a desarrollar un estigma personal asociado a las características atribuidas socialmente a los trastornos psicóticos. En este sentido, la identificación de la sintomatología prodrómica, que suele ser subclínica y por ende, difícil de identificar, cobra gran relevancia en cuanto al seguimiento que pueda tener el individuo y la prevención de la cronicidad del cuadro.

Por otra parte, hay consenso en que la intervención temprana debe ser interdisciplinaria, por lo que es clave la participación de un especialista en psiquiatría para el tratamiento farmacológico y otros profesionales en psicología, trabajo social, enfermería y terapia ocupacional quienes se encargan de ofrecer el abordaje psicosocial y familiar. No obstante, la figura del coordinador de caso marca la diferencia por cuanto su labor es la de brindar acompañamiento de cerca y de manera continua a lo largo de la intervención, al tiempo que gestiona el contacto con otros profesionales y recursos comunitarios. Si bien la literatura difiere en cuanto a la carga de casos (cantidad de usuarios por cada coordinador) ideal, se observó que aquellos programas que asignaban entre 10 y 25 casos a cada coordinador, lograron seguir de cerca la evolución de las y los usuarios y coordinar de forma más ágil con otras redes comunales de atención.

Así las cosas, los programas de intervención temprana revelan un impacto positivo global en quienes participan de los mismos, principalmente durante su implementación. No obstante, es necesaria mayor investigación para analizar la influencia de los elementos previamente comentados para depurar los contenidos y duración apropiada de estos programas.

7.2 Recomendaciones

La intervención del primer episodio psicótico debe apuntar a una inserción lo más completa posible y acorde a las necesidades e intereses de las y los usuarios. En este sentido y ante la característica aparición del primer episodio durante la adolescencia o juventud, es de suma importancia velar por reforzar actividades que favorezcan la autonomía y productividad de la persona, su autocuidado, el desempeño en actividades de la vida diaria, la colaboración en la vida doméstica, la continuidad o incorporación al sistema educativo, así como el trabajo voluntario o remunerado.

Además, la intervención temprana debe ir enfocada en el fortalecimiento y desarrollo de actividades prosociales que le permitan a la persona continuar su desarrollo de la mano de sus pares, sobre todo en el caso de usuarias y usuarios jóvenes con dificultades para la adhesión al tratamiento.

Otro elemento a considerar dentro del abordaje temprano consiste en evitar el deterioro funcional asociado a la falta de motivación que suelen tener las y los pacientes, lo cual podría ser un objetivo terapéutico crítico para lograr un mayor nivel funcional. En este sentido, el tratamiento debe ir encaminado a brindar seguimiento e involucrar tanto al usuario como a la familia en la etapa de la psicosis temprana para potenciar los efectos positivos de la intervención especializada. Para ello, se recomienda incluirlo como componente de la terapia cognitivo conductual dirigida a modificar pensamientos automáticos, creencias irracionales y el reforzamiento de actividades que apoyan la recuperación.

Asimismo, dado que el estigma personal parece ocupar un lugar relevante en las primeras fases de la psicosis, una evaluación integral y el monitoreo regular del impacto negativo de este estigma en la evolución de los síntomas y el funcionamiento de la persona permitiría identificar aquellos sujetos en riesgo de desarrollarlo y proveer intervenciones psicosociales específicas aplicadas a la internalización del estigma social.

Además, dado que no hay evidencias concluyentes acerca de la cantidad de tiempo específico que debe implementarse un programa de intervención temprana especializado, es preciso documentar a través de diversos instrumentos de evaluación variables como la severidad de los síntomas psicóticos, trastornos comórbidos (depresión, ansiedad, consumo de sustancias, entre otros), autoestima, habilidades sociales, conciencia de enfermedad y calidad de vida, para poder realizar comparaciones previo a la intervención temprana y los seguimientos que se realicen

meses y años después, para poder obtener datos más precisos al comparar los efectos de la intervención y poder adaptarlos a las necesidades del contexto costarricense.

En este sentido, es posible brindar formación especializada y supervisión a equipos de profesionales comunitarios para que lleven a cabo programas de intervención temprana. No obstante, se debe asegurar que la formación cubra los contenidos pertinentes relacionados con el abordaje temprano del primer episodio psicótico, que sea intensiva y que tenga la duración apropiada, incluyendo sesiones de repaso y aclaración de dudas.

Finalmente, programas de intervención temprana ofrecidos por centros de atención de salud mental comunitarios pueden ser una opción en el contexto costarricense. En este sentido, es probable que se encuentren las limitaciones de otras latitudes en términos de resistencia al cambio, al igual que dificultades económicas, geográficas y logísticas para acceder a la supervisión y educación en torno al abordaje del primer episodio psicótico. Sin embargo, se cuenta con equipos profesionales y organizaciones no gubernamentales que pueden brindar un apoyo único al desarrollo de programas orientados a la atención temprana.

La creación de redes de trabajo tipo “centro-radiales” para la formación, especialización y supervisión puede ser una solución que permita aliviar la alta demanda de servicios en el tercer nivel de atención y, a través de la figura del coordinador de caso, se podría promover el seguimiento de cerca a personas con un primer episodio psicótico. Para ello, sería recomendable echar mano a recursos tecnológicos, a manera de “telemedicina”, que faciliten el acceso y el contacto entre equipos sin el desplazamiento físico, así como el entrenamiento en nuevos conocimientos y roles.

CAPÍTULO IX

Referencias Bibliográficas

- Albert, N., Melau, M., Jensen, H., Emborg, C., Mollegaard, J., Fagerlund, B., Gluud, C., Mors, O., Hjorthøj, C. & Nordentoft, M. (2017). Five years of specialised early intervention versus two years of specialised early intervention followed by three years of standard treatment for patients with a first episode psychosis: randomised, superiority, parallel group trial in Denmark (OPUS II). *The British Medical Journal*, 356, 1-14. doi: 10.1136/bmj.i6681
- Albert, N., Melau, M., Jensen, H., Hastrup, L., Hjorthøj, C. & Nordentoft, M. (2017). The effect of duration of untreated psychosis and treatment delay on the outcomes of prolonged early intervention in psychotic disorders. *Schizophrenia*, 3, 1-8. doi:10.1038/s41537-017-0034-4
- Behan, C., Masterson, S. & Clarke, M. (2017). Systematic review of the evidence for service models delivering early intervention in psychosis outside the stand-alone centre. *Early Intervention in Psychiatry*, 11, 3-13. doi: 10.1111/eip.12334
- Breitborde, N., Bell, E., Dawley, D., Woolverton, C., Ceaser, A., Waters, A., Dawson, S., Bismark, A., Polsinelli, A., Bartolomeo, L., Simmons, J., Bernstein, B. & Harrison-Monroe, P. (2015). The Early Psychosis Intervention Center (EPICENTER): development and six-month outcomes of an American first-episode psychosis clinical service. *BMC Psychiatry*, 15, 1-11. doi 10.1186/s12888-015-0650-3
- Caballo, V. (2000). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Chang, W., Kwong, V., Fai, P., Lau, E., Chan, G., Jim, O., Hui, C., Chan, S., Lee, E. & Chen, E. (2018). Motivational impairment predicts functional remission in first-episode psychosis: 3-Year follow-up of the randomized controlled trial on extended early intervention. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 1–8. doi: 10.1177/0004867418758918
- Chang, W., Kwong, V., Lau, E., So, H., Wong, C., Chan, G., Jim, O., Hui, C., Chan, S., Lee, E. & Chen, E. (2017). Sustainability of treatment effect of a 3-year early intervention programme for first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 1-8. doi: 10.1192/bjp.bp.117.198929

- Chang, W., Chan, G., Jim, O., Lau, E., Hui, C., Chan, S., Lee, E. & Chen, E. (2015). Optimal duration of an early intervention programme for first-episode psychosis: randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 206, 492-500. doi: 10.1192/bjp.bp.114.150144
- Domínguez-Martínez, T., Cristóbal-Narváez, P., Kwapil, T. y Barrantes-Vidal, N. (2017). Características clínicas y psicosociales de pacientes con Estados Mentales de Alto Riesgo y Primeros Episodios de Psicosis de un Programa de Psicosis Incipiente en Barcelona (España). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45(4), 145-156. <https://www.actapsiquiatria.es/repositorio/19/108/ESP/19-108-ESP-145-56-638955.pdf>
- Fowler, D., Hodgekins, J., French, P., Marshall, M., Freemantle, N., McCrone, P., Everard, L., Lavis, A., Jones, P., Amos, T., Singh, S., Sharma, V. & Birchwood, M. (2017). Social recovery therapy in combination with early intervention services for enhancement of social recovery in patients with first-episode psychosis (SUPEREDEN3): a single-blind, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 1-10. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30476-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30476-5)
- Herman, Y., Shireen, H., Bromley, S., Yiu, N. & Granholm, E. (2016). Cognitive-behavioural social skills training for first-episode psychosis: a feasibility study. *Early Intervention in Psychosis*, 1-6. doi:10.1111/eip.12379
- Ho, R., Chang, W., Kwong, V., Lau, E., Chan, G., Jim, O., Hui, C., Chan, S., Lee, E. & Chen, E. (2017). Prediction of self-stigma in early psychosis: 3-Year follow-up of the randomized-controlled trial on extended early intervention. *Schizophrenia Research*, 1-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2017.09.004>
- Ibañez, V. (2018). La intervención temprana en psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 9-16. doi: 10.4321/S0211-57352018000100001
- Kane, J., Robinson, D., Schooler, N., Mueser, K., Penn, D., Rosenheck, R., Addington, J., Brunette, M., Correll, C., Estroff, S., Marcy, P., Robinson, J., Meyer-Kalos, P., Gottlieb, J., Glynn, S., Lynde, D., Pipes, R., Kurian, B., Miller, A., Azrin, S., Goldstein, A., Severe, J., Lin, H., Sint, K., John, M. & Heinssen, R. (2015). Comprehensive Versus Usual Community Care for First-Episode Psychosis: 2-Year Outcomes From the NIMH RAISE Early Treatment Program. *American Journal of Psychiatry in Advance*, 1-11. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15050632

- Malla, A., Joobar, R., Iyer, S., Norman, R., Schmitz, N., Brown, T., Lutgens, D., Jarvis, E., Margolese, H., Casacalenda, N., Abdel-Baki, A., Latimer, E., Mustafa, S. & Abadi, S. (2017). Comparing three-year extension of early intervention service to regular care following two years of early intervention service in first-episode psychosis: a randomized single blind clinical trial. *World Psychiatry, 16*, 278-286. doi:10.1002/wps.20456
- McFarlen, W. (2016). Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A REview. *Family Process, 55*(3), 460-482. doi: 10.1111/famp.12235
- Moriana, J., Liberman, R., Kopelowicz, A., Luque, B., Cangas, A. y Alós, F. (2015). El entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia. *Psicología Conductual, 23*(1), 5-24.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Petticrew, M. y Roberts, H. (2006). *Systematic Reviews in the Social Sciences. A practical guide*. Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Ruggeri, M., Bonetto, C., Lasalvia, A., Fioritti, A., de Girolamo, G., Santonastaso, P., Pileggi, F., Neri, G., Ghigi, D., Giubilini, F., Miceli, M., Scarone, S., Cocchi, A., Torresani, S., Faravelli, C., Cremonese, C., Scocco, P., Leuci, E., Mazzi, F., Pratelli, M., Bellini, F., Tosato, S., De Santi, K., Bissoli, S., Poli, S., Ira, E., Zoppei, S., Rucci, P., Bislenghi, L., Patelli, G., Cristofalo, D. & Meneghelli, A. (2015). Feasibility and Effectiveness of a Multi-Element Psychosocial Intervention for First- Episode Psychosis: Results From the Cluster-Randomized Controlled GET UP PIANO Trial in a Catchment Area of 10 Million Inhabitants. *Schizophrenia Bulletin, 1-12*. doi:10.1093/schbul/sbv058
- Sánchez-Meca, J. y Botella, J. (2010). Revisiones sistemáticas y meta-análisis: herramientas para la práctica profesional. *Papeles del Psicólogo, 31*(1), pp. 7-17. <http://www.cop.es/papeles>
- Secher, R., Rygaard, C., Austin, S., Thorup, A., Jeppesen, P., Mors, O. & Nordentoft, M. (2015). Ten-Year Follow-up of the OPUS Specialized Early Intervention Trial for Patients With a First Episode of Psychosis. *Schizophrenia Bulletin, 41*(3), 617–626, doi:10.1093/schbul/sbu155

- Tarbox, S. & Pogue-Geile, M. (2008). Development of Social Functioning in Preschizophrenia Children and Adolescents: A Systematic Review. *Psychological Bulletin*, 34(4), 561-583. DOI: 10.1037/0033-2909.34.4.561
- Vallina, Ó. (2003). Los orígenes de la cronicidad: Intervenciones iniciales en psicosis. *Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*.
- Woolverton, C., Bell, E., Moe, A., Harrison-Monroe, P. & Breitborde, N. (2017). Social cognition and the course of social functioning in first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 1-6. <https://doi.org/10.1111/eip.12432>