

# UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicobiología



## TESIS DOCTORAL

**Estudio de la eficiencia de una psicoterapia grupal en paralelo para adolescentes con psicosis de inicio temprano y sus familiares**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Ana Belén Calvo Calvo**

Directores

Celso Arango López  
Luis Miguel Moreno Íñiguez

**Madrid, 2014**

Universidad Complutense de Madrid  
Facultad de Psicología  
Departamento de Psicobiología



## **TESIS DOCTORAL**

Estudio de la eficacia de una psicoterapia  
grupal en paralelo para adolescentes con  
psicosis de inicio temprano y sus familiares

Directores:

Dr. Celso Arango López

Universidad Complutense de Madrid

Dr. Luis Miguel Moreno Iñiguez

Red de Salud Mental de Guipúzcoa

**Doctoranda:**

**Ana Belén Calvo Calvo**

**2013**



AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS PARA SU PRESENTACIÓN

D. CELSO ARANGO LÓPEZ, especialista en Psiquiatría y Doctor en Medicina, Director de la Cátedra Alicia Koplowitz-Universidad Complutense de Madrid de Psiquiatría Infantil. Profesor titular del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, España

D. LUIS MIGUEL MORENO IÑIGUEZ, especialista en Psiquiatría y Doctor en Medicina, Facultativo Especialista de Área en la Red de Salud Mental de Guipúzcoa, España

INFORMAN:

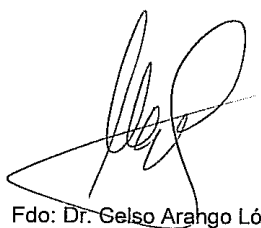
Que el trabajo titulado "**Estudio de la eficacia de una psicoterapia grupal en paralelo para adolescentes con psicosis de inicio temprano y sus familiares**" que presenta la licenciada **Dña. Ana Belén Calvo Calvo** en la Facultad de Psicología para optar al título de Doctor, ha sido desarrollado bajo nuestra dirección.

Tras su revisión consideramos que está preparado para su defensa y calificación, por lo que

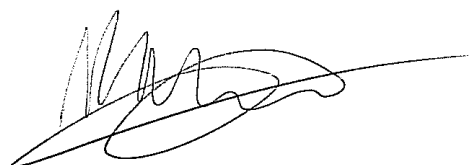
AUTORIZAN:

La presentación de la citada Tesis Doctoral

En Madrid, a 19 de Junio de 2013



Fdo: Dr. Celso Arango López



Fdo: Dr. Luis Miguel Moreno Iñiguez



**A mi familia**



## AGRADECIMIENTOS

Son **muchas y muy importantes** para mí las personas que han hecho posible y que han contribuido a la realización de esta Tesis Doctoral.

En primer lugar, agradecer a todos los miembros del programa **PIENSA**. El presente trabajo es fruto del esfuerzo de un grupo de profesionales; psicólogos, psiquiatras enfermeros, que invirtieron su tiempo de forma altruista no solo en la realización del estudio de investigación, sino en la asistencia en los grupos de los familiares y adolescentes. Especialmente gracias a **Miguel, María, Ana, Marta, Carmen, Teresa...** por tantos momentos de trabajo y amistad compartidos y porque gracias a ellos, he crecido como profesional y como persona. Este trabajo es tan mío como vuestro.

A todos los participantes en este estudio, **adolescentes y familiares**, que desde la preocupación y la necesidad de apoyo accedieron a participar. Gracias por enseñarme el lado más humano de la enfermedad, sus relatos durante y después de los grupos nos han mostrado que todo esto merecía la pena.

A mis directores de Tesis, el **Dr. Celso Arango López** y el **Dr. Luis Miguel Moreno Iñiguez**, por brindarme la oportunidad de presentar hoy aquí este trabajo, por sus brillantes aportaciones, por enseñarme día a día el valor de la dedicación y la importancia del trabajo bien hecho.

A los **compañeros y amigos** del **Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente** del **Hospital General Universitario Gregorio Marañón** los que están y los que se marcharon. En especial al equipo de investigación, por su generosidad, buena disposición y ese toque de humor que alegra las largas tardes en el “prefa”. Gracias al jefe de Servicio, el **Dr. Celso Arango**, que con su ejemplo, consigue que su equipo reme en la misma dirección.

A todas las personas que me han acompañado durante la recta final de esta Tesis en mi estancia en **ORYGEN Youth Health Research Centre, Centre for Youth Mental Health, The University of Melbourne, Australia**. Gracias al **Dr. Patrick McGorry** por brindarme la oportunidad de aprender y seguir formándome de la mano de un gran equipo clínico y de investigación líder en intervención temprana. Especialmente, gracias al **Dr. Mario Alvarez-Jimenez** por su apoyo, consejos altruistas y recordarme la importancia de la psicología.

A **mis amigos** de toda la vida y a los grandes amigos que me han unido los diferentes caminos Arnedo, Salamanca, Cork, Madrid, Melbourne... por estar siempre ahí, por todas las historias vividas y las que nos quedan.

A **mi familia**, por estar siempre a mi lado, enseñarme que “la victoria es del que no se rinde” y recordarme esos valores que te hacen intentar ser cada día mejor persona, más allá de los éxitos profesionales. **Gracias!!**

## **FINANCIACIÓN**

### **Fondo de Investigación Sanitaria, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación**

F.I.S.-PI06/1025 “Estudio de la eficacia de un tratamiento psicoeducativo para los familiares y pacientes con psicosis de inicio temprano” 2007-2009  
Investigador Principal (IP): Dra. Ana Maria Ruiz Sancho

### **Gobierno de La Rioja, Consejería de Universidades y formación permanente**

Ayuda predoctoral para personal investigador del Gobierno de la Rioja, 2009-2013  
Ayuda para estancias breves en centros de investigación de investigadores  
predoctorales, 2012

### **Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón IISGM**

Ayuda para estancias en el extranjero para profesionales del Hospital General  
Universitario Gregorio Marañón

### **Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM**

Director Científico: Dr. Celso Arango López



## **ÍNDICE**

RESUMEN	15
<i>SUMMARY</i>	21
ABREVIATURAS	27
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>29</b>
<b>1. 1 La Psicosis</b>	<b>31</b>
1.1.1 Modelo de vulnerabilidad-estrés	32
1.1.2 Tipos de psicosis	35
1.1.3 Psicosis de inicio temprano	37
<b>1. 2 Intervención psicológica en psicosis</b>	<b>39</b>
1.2.1 Intervenciones psicosociales	41
1.2.2 Intervención temprana en psicosis	46
1.2.3 Programas de intervención en primeros episodios psicóticos	56
<b>1. 3 Terapias de orientación psicoeducativa en psicosis</b>	<b>61</b>
1.3.1 Intervención familiar	61
1.3.2 La psicoeducación en la práctica clínica: programas de orientación psicoeducativa	64
<b>2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO</b>	<b>71</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>75</b>
<b>4. HIPÓTESIS</b>	<b>79</b>

<b>5. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>81</b>
<b>5.1 Procedimiento</b>	<b>83</b>
5.1.1 Aleatorización	83
5.1.2 Consideraciones éticas	84
<b>5.2 Participantes: Descripción de la muestra; Criterios de inclusión y exclusión</b>	<b>85</b>
<b>5.3 Descripción del programa: Diferentes intervenciones; Terapeutas; Supervisión</b>	<b>88</b>
<b>5.4 Descripción de los instrumentos y recogida de datos</b>	<b>88</b>
<b>5.5 Análisis estadístico</b>	<b>100</b>
5.5.1 Estimación del tamaño muestral	103
5.5.2 Análisis por intención de tratar	103
5.5.3 Análisis de los datos	104
<b>6. RESULTADOS</b>	<b>105</b>
<b>6.1 Descripción de la muestra: datos sociodemográficos, clínicos y de diagnóstico</b>	<b>107</b>
<b>6.2 Intervención grupal</b>	<b>113</b>
<b>6.3 Tratamiento farmacológico</b>	<b>115</b>
<b>6.4 Variables clínicas</b>	<b>116</b>
<b>6.5 Recaídas</b>	<b>118</b>
<b>6.6 Clima familiar</b>	<b>119</b>

<b>7. DISCUSIÓN</b>	<b>121</b>
<b>7.1 Prevención de recaídas</b>	<b>123</b>
<b>7.2 Síntomas Positivos, Negativos y Funcionamiento</b>	<b>127</b>
<b>7.3 Clima Familiar</b>	<b>129</b>
<b>7.4 Discusión general</b>	<b>132</b>
<b>7.5 Fortalezas, limitaciones, implicaciones clínicas y líneas de investigación futuras</b>	<b>134</b>
<b>8. CONCLUSIONES</b>	<b>139</b>
<b>9. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>143</b>
<b>10. ANEXOS</b>	<b>153</b>
<b>Anexo 1: Consentimiento informado para los familiares</b>	<b>155</b>
<b>Anexo 2: Consentimiento informado para los pacientes</b>	<b>157</b>
<b>Anexo 3: Difusión del programa: tríptico explicativo</b>	<b>159</b>
<b>Anexo 4: Difusión del programa: página web</b>	<b>161</b>
<b>Anexo 5: Cuestionario de competencia del terapeuta y cumplimiento de la técnica</b>	<b>163</b>
<b>Anexo 6: Programa para adolescentes y sus familiares: Cómo entender y afrontar la psicosis</b>	<b>169</b>



## **RESUMEN**

**Introducción:** Las Psicosis de Inicio Temprano (PIT) son trastornos mentales en los que se manifiestan síntomas psicóticos antes de los 18 años (Remschmidt 2001). Se estima que, en muestras comunitarias de niños y adolescentes, los trastornos psicóticos afectan aproximadamente al 1% de los jóvenes (Lohr 1995; Ulloa 2000; Remschmidt 2001), mientras en muestras psiquiátricas entre el 4 y el 8% presentan síntomas psicóticos (Karson 1991; Volkmar 1996).

El curso de los trastornos psicóticos de inicio en la infancia o la adolescencia es similar al de los adultos y por tanto variable, aunque en líneas generales su pronóstico suele ser peor (Ballageer, Malla et al. 2005). La adolescencia es un periodo crítico para el desarrollo biológico, psicológico y social de las personas, por lo que la aparición de un trastorno psiquiátrico grave en esta etapa, puede tener un fuerte impacto en sus logros personales y causar una importante discapacidad que se suma a la carga económica, social y al sufrimiento de su familia. La importancia de las intervenciones tempranas es tan alta porque el periodo que abarca los 2 a 5 años que siguen al primer episodio psicótico constituye la etapa de “máxima vulnerabilidad y máxima oportunidad” (Birchwood, Todd et al. 1998; Birchwood 2000; Edwards and McGorry 2002). En ese contexto de intervención temprana, los tratamientos de orientación psicoeducativa son psicoterapias estructuradas con un componente didáctico, y tienen como objetivo fundamental fomentar las habilidades de afrontamiento de los conflictos y mejorar la comprensión de la enfermedad, además de proporcionar información a los pacientes y sus familiares sobre la misma y sobre las opciones de tratamiento disponibles (Bauml, Pitschel-Walz et al. 2007). La

eficacia de las intervenciones de orientación psicoeducativa parece radicar, entre otros aspectos, en que aumentan la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento farmacológico. De hecho, ya han mostrado su superioridad con respecto a la medicación sola o asociada a una “intervención estándar” (Pitschel-Walz, Leucht et al. 2001). En pacientes adultos con esquizofrenia, este tipo de intervenciones han reducido la probabilidad de recaídas, el número de hospitalizaciones, la intensidad de los síntomas, han contribuido a mejorar la funcionalidad social y profesional y a mejorar la adherencia al tratamiento (Huxley, Rendall et al. 2000; Xia, Merinder et al. 2011) Los beneficios adicionales parecen incluir una reducción de la carga familiar y una mejoría de las habilidades de afrontamiento, así como el reconocimiento de la psicosis como una enfermedad (Falloon, McGill et al. 1987; McFarlane, Dushay et al. 1996; Pitschel-Walz, Leucht et al. 2001).

De acuerdo con el modelo de vulnerabilidad-estrés, factores ambientales tales como las interacciones familiares, pueden jugar un papel fundamental en la evolución de la enfermedad (van Os, Kenis et al. 2010; Gonzalez-Pinto, Ruiz de Azua et al. 2011; Otero, Moreno-Iniguez et al. 2011). Por ello, los programas familiares de orientación psicoeducativa están destinados a influir en el entorno en el que vive el paciente mediante la reducción de la ansiedad y el aumento de la "auto-confianza", así como acentuando la capacidad de reaccionar de manera constructiva a las conductas alteradas, los síntomas del paciente y las consecuencias de éstos en los miembros de la familia (Anderson, Hogarty et al. 1980). De esta forma, la tasa de recaídas se puede reducir hasta en un 20% si los padres de los pacientes con esquizofrenia son incluidos en el tratamiento psicosocial (Pitschel-Walz, Leucht et al. 2001). Los esfuerzos para involucrar a las familias en la prevención de recaídas se justifican porque el 80-90%

de los pacientes residen con sus padres en el momento en el que se inicia el tratamiento (Edwards, Maude et al. 2002; Gleeson 2005).

Aunque algunos programas terapéuticos ofrecen componentes psicoeducativos para padres y / o adultos jóvenes con un primer episodio de psicosis como complemento importante en el tratamiento (Craig, Garety et al. 2004; Bertelsen, Jeppesen et al. 2008), hasta ahora no se han diseñado programas específicos para la adolescencia.

En una revisión reciente de esta cuestión, encontramos sólo un estudio (Rund, Moe et al. 1994) que evaluaba la eficacia de un programa de tratamiento psicoeducativo para adolescentes con PIT, pero no lo hacía a través de un ensayo clínico controlado aleatorio.

En el contexto anteriormente descrito surge este trabajo que comprende el diseño y la evaluación de la eficacia de una intervención grupal de orientación psicoeducativa enfocada a los adolescentes que sufren algún trastorno psicótico y, en paralelo, a su entorno familiar. Para ello se llevó a cabo una adaptación a nuestro medio y a las particularidades inherentes a la edad de nuestros pacientes, de un programa psicoterapéutico de eficacia probada en adultos (McFarlane, Lukens et al. 1995). Una vez diseñado este programa, se realizó su puesta en marcha en una población clínica con las características anteriormente mencionadas y se llevó a cabo el estudio de su eficacia que se explica a continuación.

**Objetivo del estudio:** Evaluar la eficacia de una intervención grupal de orientación psicoeducativa para adolescentes con psicosis de inicio temprano y sus familiares en paralelo.

**Material y Métodos:** Se realizó un ensayo clínico aleatorizado, con evaluadores ciegos, para comparar dos modalidades de intervención de 9 meses de duración: una grupal psicoeducativa en paralelo para adolescentes con PIT y sus familiares (que participaban en un grupo aparte) (GPE), *versus* otra intervención grupal de apoyo no estructurada, también en paralelo para adolescentes con PIT y sus familiares en grupo aparte (GPA). El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Psiquiatría del Niño y Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Los participantes del estudio fueron cincuenta y cinco pacientes ambulatorios diagnosticados de psicosis de inicio temprano de 14 a 18 años y al menos uno de sus progenitores (padre o madre). Las principales variables medidas fueron el número de hospitalizaciones, de días de hospitalización y de visitas a urgencias. Las variables secundarias fueron la evolución de los síntomas psicóticos, el funcionamiento global y el clima familiar. Las evaluaciones se realizaron antes y después de la intervención. El análisis de los datos se realizó por "intención de tratar". El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 20.0 para Windows. Las características basales de la muestra se compararon mediante la prueba de Chi cuadrado de Pearson para las variables categóricas como género, raza y diagnóstico, y la prueba U-Mann-Whitney para las variables cuantitativas. Se evaluaron las diferencias de los grupos con pruebas no paramétricas, la prueba U de Mann-Whitney para el análisis intergrupo y la prueba de Wilcoxon para el intragrupo. Se realizó la prueba de Chi cuadrado de Pearson para las variables categóricas como hospitalización y visita a urgencias. Los tamaños del efecto se calcularon también para cuantificar el efecto de la intervención entre los grupos.

**Resultados:** No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables basales sociodemográficas, clínicas o de diagnóstico entre los participantes en cada una de las dos modalidades de intervención, lo que indicaba que a priori se trataba de dos muestras adecuadas para la comparación. Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas en el número de sesiones recibidas entre los dos grupos de tratamiento. Al final de la intervención grupal, encontramos diferencias significativas en el número de visitas a urgencias durante el periodo de tratamiento grupal: el 15% de los pacientes del grupo GPE frente al 39% de los pacientes del grupo GPA habían visitado el servicio de urgencias ( $\chi^2 = 3.62$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.039$ ). El tamaño del efecto fue medio entre los grupos en visitas a urgencias ( $r' = 0.42$ ). Observamos una tendencia hacia la disminución en el número de hospitalizaciones en el grupo GPE tras el tratamiento de forma que un 11% de los pacientes del grupo GPE tuvo que ingresar durante el tratamiento, frente al 32% en el grupo GPA ( $\chi^2 = 4.24$ ,  $df = 1$   $p = 0.057$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en el número de días de ingreso durante el periodo de tratamiento.

La mejoría de los síntomas negativos de la enfermedad fue significativamente mayor en la modalidad GPE (12.84 [7.87]) que en GPA (15.81 [6.37]) ( $p = 0.039$ ). El tamaño del efecto entre los grupos también se calculó, mostrando una mejora moderada en los síntomas negativos ( $r' = 0.41$ ). No hubo diferencias significativas ni en síntomas positivos ni en funcionamiento global.

Finalmente, con respecto al clima familiar, los pacientes del grupo GPE mostraron un incremento significativo en su actividad social, GPE (61.43 [7.37]) y GPA (55.76 [7.36]) ( $p = 0.035$ ). El tamaño del efecto entre los grupos también se calculó, mostrando una mejora moderada en actividad social ( $r' = 0.51$ ).

**Conclusiones:** Una intervención grupal en paralelo para adolescentes con psicosis de inicio temprano y sus padres, que incluye la aplicación de estrategias de resolución de problemas dentro de la familia, reduce el número de visitas al servicio de urgencias. Los síntomas negativos mejoran y la actividad social aumenta en los adolescentes en el grupo psicoeducativo tras los 9 meses de intervención.

## **SUMMARY**

**Introduction:** The term early-onset psychosis (EOP) covers several mental disorders and constitutes a DSM-IV diagnosis in which the manifestation of psychotic symptoms occurs before the age of 18 years (Renschmidt, Schulz et al. 1994). Psychotic disorders are estimated to affect about 1% of young people in community samples of children and adolescents (Renschmidt, Schulz et al. 1994; Ulloa, Birmaher et al. 2000). Studies based on psychiatric samples have shown that between 4% and 8% of this population suffers from psychotic symptoms (Karson, Garcia-Rill et al. 1991; Volkmar 1996).

The course of EOP is variable, and prognosis is usually worse than in adult psychosis (Ballageer, Malla et al. 2005). Since adolescence is a critical period for biological, psychological, and social development, the onset of a severe psychiatric disorder during this time can have an added impact on a person's achievements and cause disability, economic burden, and family suffering.

Several studies have shown the importance of early interventions, since the 2 to 5 years period after the first psychotic episode is a period "of maximum vulnerability and of maximum opportunity" (Birchwood, Todd et al. 1998; Birchwood 2000; Edwards and McGorry 2002).

Psychoeducational programs are among the most widely studied psychosocial interventions for psychotic disorders. These programs are systematic, didactic and consist of psychotherapeutic interventions aimed at providing information to patients and their relatives about the illness and available treatment options in order to foster coping skills and understanding (Bauml, Pitschel-Walz et al. 2007).

The superiority of psychoeducational programs combined with medication over medication alone or medication combined with a "standard intervention" has been widely demonstrated as evidenced in a meta-analysis (Pitschel-Walz, Leucht et al. 2001). Specifically, studies in adult populations have shown that psychoeducational interventions can reduce the probability of relapse, the number of hospitalizations, and symptom severity. In addition, they can improve social and occupational functioning and increase adherence to treatment (Huxley, Rendall et al. 2000; Xia, Merinder et al. 2011).

Additional benefits seem to include reduced family burden, improved coping skills and the recognition and understanding of psychosis as an illness (Falloon, McGill et al. 1987; McFarlane, Dushay et al. 1996; Pitschel-Walz, Leucht et al. 2001). In accordance with the stress-vulnerability model, environmental factors such as family interactions can play an important role in the continuity of the disorder (van Os, Kenis et al. 2010; Gonzalez-Pinto, Ruiz de Azua et al. 2011; Otero, Moreno-Iniguez et al. 2011). Hence, family psychoeducational programs are aimed at influencing the environment in which the patient lives (Anderson, Hogarty et al. 1980) by reducing anxiety and increasing family members' self-confidence and ability to react constructively to the disturbed behaviors and the patient's symptoms and their consequences. This result has been confirmed in more recent studies, showing that the relapse rate can be reduced by around 20% if parents of schizophrenia patients are included in the psychosocial treatment (Pitschel-Walz, Leucht et al. 2001). Strenuous efforts to engage families in relapse prevention are justified because 80-90% of patients reside with their parents at the point of referral for treatment (Edwards, Maude et al. 2002; Gleeson 2005).

Although some programs offer psychoeducational approaches for parents and/or young adults with a first episode of psychosis as an important complement in the program (Craig, Garety et al. 2004; Bertelsen, Jeppesen et al. 2008), none of them includes an age specific inclusion range for adolescence. To our knowledge, only one study (Rund, Moe et al. 1994) assesses the effectiveness of a psychoeducational treatment program includes just adolescents with early onset psychosis, but is not a randomized controlled trial.

In the context described above arises this work involves the design and evaluation of the effectiveness of a psychoeducational group intervention focused on adolescents with a psychotic disorder and, in parallel, to their family. It was carried out to adapt to our environment and the particular characteristics of the age of our patients, an effective psychotherapeutic program in adults (McFarlane, Lukens et al. 1995). Once designed this program with the above features, we carried out the study of their effectiveness as explained below.

**Objective:** To assess the effectiveness of a comprehensive psychoeducational group intervention for adolescents with early onset psychosis and their families performed in two parallel separated groups focused on problem solving strategies to manage daily life hassles in relationship to the illness with the ultimate goal of crisis management and relapse prevention.

**Material and Methods:** The design of the study was a 9 months, randomized, rater-blind clinical trial comparing the psychoeducational problem solving group intervention (GPE) vs a non-structured group intervention (GPA). The setting was the

Child and Adolescent Psychiatric Department at Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

The participants of the study were fifty five outpatients diagnosed of early onset psychosis aged 14-18 years old and at least one of their cohabiting parents. Main Outcome measures were number of hospitalizations, days of hospitalization and visits to the emergency room. The secondary outcome measures were clinical variables and family environment. Assessments were performed before and after the intervention.

Data analysis was carried out following an “Intention to Treat” (ITT) approach. In accordance with the ITT principle, all patients were analysed in the treatment groups to which they were randomly allocated, regardless of whether they had completely followed the scheduled design. Then the samples included both treatment completers and non-completers. Statistical analysis was made by using SPSS version 20.0 for windows. Comparison of baseline characteristics of the sample were made using Pearson's chi square test for categorical variables such a gender, race and diagnoses, and Mann-Witney U test for quantitative variables. Group differences were assessed using non parametric test, Mann-Witney U test for the intergroup analyses and Wilcoxon tests for the intragroup one. Pearson's chi square test for categorical variables such a hospitalization and visit to emergency room. Effect sizes were also calculated to quantify the effect of the intervention between groups.

**Results:** We found no statistically significant differences between the GPE and GPA groups with regards to sociodemographic, diagnostic or clinical variables at baseline, which indicates that the samples were comparable. There was no significant difference between the two groups in the number of therapy sessions received by the patients.

At the end of the group intervention 15% patients had visited the emergency room in the PE group and 39% patients in the NS group during the treatment ( $\chi^2 = 3.62$ ,  $df = 1$   $p = 0.039$ ). The effect size was medium between the groups in emergency room visits ( $r = .42$ ). In the same way, there was a trend toward significance with regards to the differences between both groups in the number of hospital admissions post treatment, 11% patients had an admission in the GPE group versus 32% in the GPA group ( $\chi^2 = 4.24$ ,  $df = 1$   $p = 0.057$ ). There was no difference in the number of days of hospitalization between the two groups after treatment. The improvement in negative symptoms was more pronounced in the GPE (12.84 [7.87]) than in the GPA (15.81 [6.37]) ( $P = .039$ ). The effect size between groups was also calculated, showing a moderate improvement in negative symptoms ( $r = .41$ ). There were no significant differences in positive symptoms or global functioning. Finally, patients of the GPE group showed an increase on “active recreational orientation” GPE = 61.43 (7.37) y GPA = 55.76 (7.36)  $p = 0.035$ . The effect size between groups was also calculated, showing a moderate improvement in social activity ( $r = .51$ ).

**Conclusions:** A structured parallel psychoeducational group intervention could help adolescents with early onset psychosis and their parents to manage crises by implementing problem solving strategies within the family, thus reducing the number of visits to the emergency department. Negative symptoms improved and social activity increase in adolescents in the psychoeducational group after 9 months.



## **ABREVIATURAS**

**ACE:** *Active Cognitive Therapy for Early Psychosis*

**APA:** Asociación Psiquiátrica Americana

**CAP:** *Cannabis and Psychosis Therapy*

**CIE:** Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento

**C-GAS:** Escala de valoración Global de Funcionamiento para Niños, *Children's Global Assessment Scale*

**COPE:** *Cognitively Oriented Psychotherapy for Early Psychosis*

**CZT:** Clorpromacina

**DBT:** *Dialectical behavior therapy*

**DE:** Desviación Estándar

**DSM:** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

**DUP:** Psicosis no tratada, *Duration Untreated Psychosis*

**EE:** Emoción Expresada

**EPPIC:** *Early Psychosis Prevention and Intervention Centre*

**FES:** Escala de clima familiar; *Family Environment Scale*

**GAF:** Escala de funcionamiento global, *Global Assessment of Functioning*

**GPA:** Grupo No Estructurado

**GPE:** Grupo Psicoeducativo

**HGUGM:** Hospital General Universitario Gregorio Marañón

**HPLC:** Cromatografía Líquida de Alta Resolución

**ITT:** Intención de Tratar; *Intention To Treat*

**K-SADS:** Entrevista diagnóstica semiestructurada *Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime version*

**LEO:** *Lambeth Early Onset*

**NOS:** No especificado, *Not Otherwise Specified*

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**OPUS:** *Early-Specialised Assertive Treatment Programme*

**PANSS:** Escala de los síndromes Positivo y Negativo, *Positive and Negative Syndrome Scale*

**PEP:** Primer Episodio Psicótico

**PIT:** Psicosis de Inicio Temprano

**TCC:** Terapia Cognitivo Conductual

**TIPS:** Treatment and Intervention in Psychosis

**UHR:** *Ultra High Risk*

# INTRODUCCIÓN





## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 La Psicosis

La psicosis constituye un estado mental caracterizado por la aparición de una serie de síntomas específicos que muestran un funcionamiento global alterado, tales como alucinaciones, delirios, alteraciones cognitivas y/o un comportamiento extraño (Volkmar 1996), que pueden extenderse de forma variable en el tiempo, permitiendo así su clasificación en distintos trastornos mentales recogidos en los principales sistemas internacionales de clasificación de las enfermedades: la CIE-10, Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS. 1992); y la DSM IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA 1994). Así, entre los trastornos psicóticos encontraríamos desde un trastorno psicótico agudo breve hasta la esquizofrenia, pasando por el trastorno esquizofreniforme, el esquizoafectivo, el bipolar o la depresión con síntomas psicóticos.

### **1.1.1 Modelo de vulnerabilidad-estrés**

Aunque aún no se conocen con certeza los mecanismos implicados en la aparición ni en la evolución de las psicosis, el modelo de vulnerabilidad-estrés es el que ha disfrutado de mayor aceptación en las últimas décadas (Zubin and Spring 1977; Nuechterlein, Dawson et al. 1994; van Os, Kenis et al. 2010), señalando la contribución e interacción de diversos factores biológicos y ambientales para dar explicación al origen y el resultado de estas patologías.

Este modelo nos habla en primer lugar de un estado fisiológico de vulnerabilidad en el organismo afecto, distinguiendo dos tipos: una vulnerabilidad innata y otra adquirida.

En el caso de la innata, el factor de riesgo más firmemente establecido es el genético. Existen evidencias de que la esquizofrenia y otros trastornos del espectro esquizofrénico son más frecuentes en los familiares de estos pacientes que en la población sin patología mental (Kendler, McGuire et al. 1993; Kendler, McGuire et al. 1993; Kendler, Gruenberg et al. 1994).

Tradicionalmente, las concordancias descritas para la esquizofrenia en gemelos monocigóticos se sitúan en torno al 45%, y las descritas en gemelos dicigóticos, sobre el 12% (Gottesman I 1982). Gottesman, en un resumen de los datos recopilados de estudios familiares (Gottesman 1994), estima que el riesgo de esquizofrenia en familiares es un 10,1% en hermanos, 5,6% en padres y 12,8% en hijos. El riesgo para los familiares de segundo grado varía de 2,4 a 4,2% y para los familiares de tercer grado es de aproximadamente 2,4%.

Asimismo, es interesante destacar que, entre familiares de pacientes con esquizofrenia existe también un riesgo incrementado de sufrir un trastorno bipolar (Sham, Jones et

al. 1994; Valles, Van Os et al. 2000; Purcell, Wray et al. 2009) y en general, trastornos del espectro esquizofreniforme. Sin embargo, los esfuerzos por identificar los genes específicos responsables de la transmisión de estas enfermedades han sido infructuosos. Todavía no se ha logrado identificar ningún genotipo concreto para los trastornos del espectro esquizofrénico, e igualmente los tipos de herencia aún no están claros a día de hoy.

Por otro lado, la vulnerabilidad adquirida representaría las influencias que las experiencias previas, de corte tanto psicológico (aprendizaje, desarrollo, migración, estatus socioeconómico, etc.) como biológico (complicaciones perinatales, infecciones víricas, etc.) (Arango 2002; Moreno, Moreno-Iniguez et al. 2009), pueden ejercer en el origen del trastorno *per se*, o bien como factores adicionales a la propia vulnerabilidad genética.

Entre los muchos factores de riesgo que se han propuesto para el desarrollo de psicosis, figuran aspectos familiares y acontecimientos tempranos en la vida del individuo: historia psiquiátrica familiar, déficits neuroconductuales, separación temprana de los padres, institucionalización y funcionamiento familiar deficitario. Por otro lado, se han apuntado aspectos de personalidad que reflejan procesos anómalos latentes como la propia propensión a la psicosis, la labilidad emocional, la ansiedad social, la pasividad, las relaciones sociales pobres, el retraimiento emocional, la conducta disruptiva y la agresividad (Olin and Mednick 1996).

El modelo de vulnerabilidad-estrés incluye acontecimientos vitales estresantes que podrían actuar como desencadenantes del cuadro psicótico, es decir, eventos recientes que, a corto plazo, inducen un grado de estrés suficiente como para provocar una crisis. Entre estos, cabe destacar a aquellos de tipo psicosocial, como los acontecimientos traumáticos a nivel psicológico o el propio uso y abuso de sustancias

psicoactivas. Aun partiendo de un estado de alta vulnerabilidad, si no se produce un acontecimiento desencadenante, no se expresará el cuadro clínico (Arango 2002; Cullberg 2003). Tales acontecimientos estarán relacionados, por tanto, no sólo con el inicio de la enfermedad sino también con su curso y la aparición de recaídas.

Algunos mecanismos neurobiológicos podrían estar implicados además en la percepción subjetiva del estrés ambiental, es decir, existiría una “hipersensibilidad dopaminérgica” en respuesta a los estímulos del medio (Myin-Germeys, Delespaul et al. 2005).

Este modelo señala una serie de variables moderadoras, como son el soporte social, la personalidad premórbida (en lo referente a competencia y estilo de afrontamiento) y los parámetros físicos, sociales y culturales que conforman el ámbito ecológico (Arango 2002), que moderarían los efectos negativos del estrés sobre la vulnerabilidad biológica.

Así, el modelo vulnerabilidad-estrés sugiere que las recaídas y hospitalizaciones pueden prevenirse mediante la reducción de la vulnerabilidad biológica (por ejemplo, la prescripción de medicación antipsicótica) o la reducción del estrés, a través del apoyo social y el desarrollo de la capacidad de recuperación ante el mismo. Por lo que estos factores han jugado un papel importante a la hora de desarrollar intervenciones psicosociales para la psicosis en las últimas tres décadas (Lieberman, Mueser et al. 1986).

### 1.1.2 Tipos de psicosis

Tradicionalmente se ha asociado la presencia de síntomas psicóticos al diagnóstico de esquizofrenia pero, estos síntomas también se dan en otras patologías distintas de la esquizofrenia. Algunos autores distinguen entre psicosis *orgánicas* -aquellas que se producen secundariamente a una enfermedad médica de base, es decir, aquellas en las que existe una causa orgánica conocida- y psicosis *funcionales* o de causa psicológica -psicosis reactiva breve, psicosis no especificada, trastorno psicótico agudo, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión

con síntomas psicóticos- esto es, todas aquellas sobre las que no se conoce con exactitud los desencadenantes del cuadro, involucrándose factores genéticos y ambientales (Vallejo Ruiloba 1999). La diferenciación diagnóstica dependerá, en el caso de las psicosis funcionales, de la presencia, el curso y duración de los síntomas psicóticos.

Al hablar de psicosis en la práctica cotidiana se hace referencia a los trastornos funcionales o psiquiátricos. El DSM-IV, en su apartado “Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”, reconoce la existencia de los siguientes tipos de trastornos psicóticos: Esquizofrenia, Trastorno Esquizofreniforme, Trastorno Esquizoafectivo; Trastorno Delirante; Trastorno Psicótico Breve; Trastorno Psicótico Compartido; Trastorno Psicótico debido a una enfermedad médica; Trastorno Psicótico inducido por sustancias; Trastorno Psicótico no especificado (Psicosis No Especificada, PNE o *Not Otherwise Specified, NOS*).

Además, en el caso de los Trastornos del Humor -Trastorno Depresivo y Trastorno Bipolar-, el DSM-IV ofrece la posibilidad de especificar si se acompaña de síntomas psicóticos, considerándolos así como trastornos psicóticos.

Cabe destacar que, en la práctica clínica, bajo el título de psicosis funcionales quedan incluidos tres grupos de trastornos psicóticos:

1. *Psicosis afectivas*; caracterizadas fundamentalmente por la alteración del humor, como en el Trastorno Depresivo o el Trastorno Bipolar.
2. *Psicosis paranoides*; caracterizadas por la presencia de delirios, como en el caso del Trastorno Delirante o la Esquizofrenia de tipo paranoide.
3. *Psicosis esquizofrénicas*; caracterizadas por la introversión y la modificación de la personalidad, como el Trastorno Esquizofreniforme o la Esquizofrenia.

Según se apunta en la actualidad, el DSM V incluirá una categoría diagnóstica denominada *Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*, que recogerá los diagnósticos que fueron incluidos en el DSM-IV dentro de los capítulos de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se incluirán aquí propuestas novedosas con respecto a la Catatonía, citando un Trastorno Catatónico asociado a una enfermedad médica conocida, así como un especificador de Catatonía, que podría ser utilizado en una amplia gama de condiciones patológicas. También está siendo valorada la inclusión de un síndrome de psicosis atenuada que completará el espectro existente hasta la actualidad (van Os 2009; McGorry and van Os 2013).

### **1.1.3 Psicosis de inicio temprano**

Las Psicosis de Inicio Temprano (PIT), engloban distintos trastornos en los que la manifestación de los síntomas psicóticos ocurre antes de los 18 años (Remschmidt 2001). Se estima que, en muestras comunitarias de niños y adolescentes, los trastornos psicóticos afectan aproximadamente al 1% de los jóvenes (Lohr 1995; Ulloa 2000; Remschmidt 2001) y que, en muestras psiquiátricas, entre el 4 y el 8% presentan síntomas psicóticos (Karson 1991; Volkmar 1996). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, (I.E.P.A 2002) la esquizofrenia y otras formas de psicosis que afectan a los jóvenes, representan un importante problema de salud pública. Mundialmente se la considera la tercera condición más incapacitante (después de la tetraplejia y la demencia y por encima de la paraplejia y la ceguera) y supone una enorme carga tanto en términos de coste económico como de sufrimiento humano.

El curso de los cuadros psicóticos de inicio infantil o adolescente, al igual que ocurre en las formas adultas, es variable, aunque en líneas generales, su pronóstico suele ser peor (Ballageer, Malla et al. 2005). Además, puesto que estos trastornos aparecen en un momento clave para el desarrollo, la repercusión funcional de los mismos suele ser mayor que cuando aparece en adultos, pudiéndose interrumpir el desarrollo del adolescente en este estadio evolutivo tan importante.

Aunque el tratamiento farmacológico es la principal y más eficiente intervención para las psicosis, las prioridades de tratamiento durante la fase inicial del trastorno no han de basarse exclusivamente en él, sino que deben consolidarse desde una perspectiva multimodal en la que se incluyan intervenciones de carácter psicosocial (programas de psicoeducación familiar, psicoterapia y apoyo social y educativo) (Arango C 2004).



## 1.2 Intervención psicológica en psicosis

El origen de las intervenciones psicológicas modernas en la psicosis podría remontarse a la revolución francesa y a la aparición del denominado tratamiento moral a finales del siglo XVIII y principios del XIX. Pinel en Francia y, posteriormente, John Conolly en Inglaterra fueron los pioneros a la hora de abordar esta cuestión (Jones 1983). Los crueles métodos utilizados para tratar “la locura” empezaron a suavizarse gracias a un enfoque más humano que era el reflejo del pensamiento más liberal de ese periodo. Sin embargo sea cual sea la relevancia de estos modelos, fracasaron a la hora de generalizarse o prosperar durante la última mitad del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX. Los tratamientos psicológicos para la esquizofrenia y otras psicosis fueron prácticamente abandonados durante este periodo por dos motivos:

En primer lugar, se consideraba que las psicosis, especialmente la esquizofrenia, eran enfermedades neuropsiquiátricas graves y degenerativas para las que no existía un tratamiento eficaz. El modelo de Kraepelin supuso que el diagnóstico de esquizofrenia o “demencia precoz” generara un escepticismo terapéutico, un efecto que perdura hasta hoy en día, a pesar del desarrollo posterior de tratamientos eficaces y de la demostración de que el curso no implica necesariamente un deterioro en todos los casos (Harrison, Hopper et al. 2001; Bora and Murray 2013).

En segundo lugar, a pesar del aumento de nuevos tratamientos psicológicos, desde el paradigma psicoanalítico, se consideró inicialmente que las personas con psicosis no podían obtener beneficios de este tipo de tratamiento.

El descubrimiento de la medicación antipsicótica al principio de los años 50, el declive de los manicomios y el ascenso de la psiquiatría biológica cambiaron el

panorama de los tratamientos para las personas con trastornos psicóticos, y se encamina hacia un reduccionismo biológico. Los fundamentos y las técnicas que permitían al clínico trabajar a nivel psicológico con los pacientes se dejaron de utilizar, lo que produjo un contacto terapéutico muy pobre con el paciente a pesar de estar en una posición más accesible psicológicamente, gracias a la efectividad de la terapia antipsicótica.

Durante las últimas décadas, la sensación de optimismo creciente sobre la posibilidad de mejores resultados para la esquizofrenia y las psicosis relacionadas, ha provocado una reforma sustancial que ha impulsado en muchos países, el desarrollo de estrategias de intervención temprana.

Los medicamentos antipsicóticos son el pilar para el tratamiento de la esquizofrenia y las psicosis, sustancialmente reducen la gravedad de los síntomas y las recaídas (Lieberman, Stroup et al. 2005). Sin embargo, los antipsicóticos son eficaces en la reducción de los síntomas psicóticos, pero tienen efectos mínimos sobre los síntomas negativos, el deterioro cognitivo, o el funcionamiento. Además, la adherencia a la medicación es a menudo pobre (Weiss, Smith et al. 2002), lo que produce un alto índice de recaídas y hospitalizaciones.

Por ello, las intervenciones psicosociales suelen indicarse además del tratamiento farmacológico y desempeñan un papel importante en el tratamiento de la psicosis (Mueser, Deavers et al. 2013; Shean 2013).

En las últimas décadas, dos enfoques psicológicos, la terapia cognitivo conductual y la intervención familiar, han demostrado su eficacia en la reducción de sintomatología y prevención de recaídas en pacientes con esquizofrenia (Garety 2003) y los servicios de intervención temprana en psicosis que incluyen estas modalidades de intervención se ha demostrado que obtienen mejores resultados (Bird, Premkumar et al. 2010).

### **1.2.1 Intervenciones psicosociales**

El espectro de las intervenciones psicosociales es muy amplio y abarca diversos tipos de intervenciones que, a menudo, se integran en un *continuum* asistencial lo que dificulta la delimitación entre ellas. Estas intervenciones engloban una serie de medidas encaminadas a minimizar la vulnerabilidad del paciente ante las situaciones de estrés, facilitar los procesos de recuperación, reforzar su adaptación y funcionamiento familiar, social y formativo-laboral, así como aumentar sus recursos para hacer frente a los conflictos, problemas y tensiones interpersonales o biográficas. También pueden favorecer el análisis o la modificación de estilos perceptivos o mecanismos de defensa. Además, pueden incidir en áreas como la prevención de recaídas, la adquisición de habilidades sociales y el funcionamiento social y laboral.

En dos recientes revisiones sobre las intervenciones psicosociales en esquizofrenia (Mueser, Deavers et al. 2013; Shean 2013) destacan las siguientes intervenciones psicosociales que han mostrado ser eficaces:

#### **Tratamiento Asertivo Comunitario**

El tratamiento Asertivo Comunitario se centra en ofrecer servicios de intervención en los entornos naturales de vida de los pacientes ya que muchos pacientes no accedían a un tratamiento (Stein 1998). El tratamiento asertivo comunitario se diferencia de la habitual gestión de casos y otros servicios psiquiátricos en que cuenta con mayor dotación de personal (un *case manager* por cada 10 pacientes 1:10, en comparación a 1:30 o más en el manejo estándar de casos), mayor disposición de servicios en la comunidad, y una cobertura a tiempo completo por parte del equipo, incluyendo

urgencias. Estos equipos son multidisciplinarios (es decir, incluyen un psiquiatra, un enfermero, y especialistas en áreas específicas como la rehabilitación profesional y el abuso de sustancias) y, por lo general, atienden a unos 50-150 pacientes cada uno, proporcionando una amplia gama de servicios, como la administración de medicamentos, ayuda social (por ejemplo, obtener una vivienda, pagar las cuentas), y rehabilitación cognitiva.

### **Terapia cognitivo conductual para psicosis**

Muchas personas con esquizofrenia experimentan síntomas persistentes a pesar de estar tomando medicación antipsicótica (Lindenmayer 2000). Algunos de ellos, como alucinaciones y delirios crónicos, producen altos niveles de angustia y son un obstáculo para el funcionamiento adecuado de los pacientes. Por ello, las terapias cognitivo-conductuales están centradas en reducir la gravedad de los síntomas psicóticos y su interferencia en el funcionamiento de las personas. Para ello, el clínico proporciona información sobre los trastornos psicóticos, la forma en que estos pueden surgir como respuesta al estrés, y el hecho de que sean de común aparición incluso en la población general, busca una tendencia a la normalización. Este hecho puede reducir la sensación de aislamiento y la vergüenza que muchas personas sufren acerca de sus síntomas psicóticos, al tiempo que facilita su capacidad para hablar de ellos. Los pacientes aprenden el modelo de ABC, aplicado a los síntomas psicóticos: antecedentes o desencadenantes que preceden a los síntomas psicóticos (A), y que luego son acompañados por las creencias del individuo sobre ellos (B del inglés *beliefs*), que conducen a las siguientes consecuencias (C): emocionales, cognitivas o conductuales. Esto facilita la toma de conciencia y la modificación de los factores

desencadenantes y les enseña a desafiar creencias inexactas o contraproducentes (es decir, la reestructuración cognitiva), dando lugar a estrategias más eficaces.

### **Rehabilitación cognitiva**

El deterioro de la función cognitiva en áreas como la atención, la memoria, y las funciones ejecutivas, es común en la esquizofrenia (Heaton, Paulsen et al. 1994) y supone una gran preocupación para los clínicos. El deterioro del funcionamiento cognitivo se relaciona con una respuesta atenuada a los programas de rehabilitación, en especial en habilidades sociales (Mueser, Bellack et al. 1991) y rehabilitación vocacional (McGurk and Mueser 2004) lo que repercute en el funcionamiento psicosocial.

Se han utilizado una amplia variedad de métodos para mejorar el funcionamiento cognitivo en pacientes con esquizofrenia. La mayoría de los programas de rehabilitación cognitiva emplean ejercicios prácticos a nivel cognitivo (ya sea mediante ordenador o con papel y lápiz), y a menudo utilizan el aprendizaje de estrategias específicas para mejorar el rendimiento en los ejercicios (Krabbendam and Aleman 2003).

### **Psicoeducación familiar**

Trabajar con la familia tiene el potencial de mejorar la enfermedad por varias razones y a varios niveles. Muchos pacientes viven con sus familiares cuando desarrollan la enfermedad y, por lo tanto, la familia se erige en el elemento fundamental de su entorno, cuya influencia puede ser trascendental tanto en lo positivo como en lo negativo. Por ello, a nivel terapéutico el objetivo es el de promover que sea la influencia positiva la que predomine en la relación familiar. A pesar del alto nivel de

contacto y su importancia, la mayoría de los familiares saben muy poco sobre la misma e históricamente solían tener escaso contacto con los profesionales de la salud mental que trataban a sus familiares. El reto de hacer frente a problemas de comportamiento social y a los propios síntomas psicóticos, agravado por la escasa comprensión de la esencia de la enfermedad y el contacto mínimo con los profesionales de la salud mental, solía conducir a altos niveles de carga familiar y estrés, es decir, emoción expresada. La alta emoción expresada puede incrementar el riesgo de recaída y hospitalización (Hooley 2007).

La psicoeducación familiar incluye un conjunto de estrategias psicoterapéuticas para el trabajo con los familiares de las personas con trastornos psicóticos. Varios enfoques de psicoeducación familiar se han desarrollado y validado empíricamente (Anderson, Hogarty et al. 1980; Falloon 1984; McFarlane, Dixon et al. 2003), con diferentes modalidades (por ejemplo unifamiliar frente multifamiliar).

### **Entrenamiento en habilidades sociales**

Los problemas en el funcionamiento psicosocial en la esquizofrenia están relacionados con deficiencias en habilidades sociales que a menudo son anteriores a la enfermedad, y que persisten en el largo plazo (Mueser, Bond et al. 1998). De acuerdo con el modelo de vulnerabilidad-estrés, habilidades de afrontamiento y apoyo social, los cuales están relacionados con las habilidades sociales, puede reducir los efectos del estrés en las recaídas y ayudar a las personas a alcanzar sus metas.

Los diferentes programas de entrenamiento en habilidades sociales, se han diseñado para hacer frente a las deficiencias de la competencia social. Aunque los programas de habilidades sociales, difieren en la configuración de la aplicación, la duración, y el contenido, todos ellos utilizan un enfoque similar de habilidades de enseñanza,

incluida la fijación de metas, el modelado de roles, ensayo conductual, el refuerzo positivo,

retroalimentación correctiva, y las tareas para casa para practicar las habilidades y promover la generalización (Bellack 2004).

### **Apoyo al empleo**

El trabajo se asocia con una serie de beneficios para las personas con esquizofrenia, aparte de mejorar la situación económica, mejoras en la autoestima y la reducción de los síntomas (Mueser, Drake et al. 1997).

Los enfoques tradicionales para la readaptación profesional han incluido periodos de aprendizaje de habilidades o de formación profesional en talleres especializados para estos pacientes, con el objetivo de enseñar las habilidades necesarias para tener éxito en el lugar de trabajo (Corrigan 2008).

### **1.2.2 Intervención temprana en psicosis**

Una intervención temprana y multidisciplinar con una orientación amplia en diferentes focos clínicos mejora los síntomas y el funcionamiento de los pacientes con psicosis (McGorry, Edwards et al. 1996). La utilización de las diferentes técnicas y enfoques de intervención debería acompañarse de una evaluación minuciosa de las necesidades percibidas por el paciente y los miembros de su familia en cualquier momento. Estas necesidades evolucionan con el tiempo, varían en las diferentes fases de la enfermedad y se ven afectadas por la respuesta del trastorno subyacente a las terapias farmacológicas.

Los puntos más relevantes como la comida, el alojamiento, el apoyo emocional y un entorno estable y seguro, deben ser tratados con prioridad (McGorry 2002). A menos que estas necesidades estén satisfechas, el tratamiento de otras necesidades importantes, incluso la adherencia a la medicación, se verá socavado (Hogarty, Kornblith et al. 1997).

Es importante que dichas intervenciones se realicen lo más temprano posible pues los 2-5 años posteriores al primer episodio psicótico, constituyen un período crítico de “máxima vulnerabilidad y máxima oportunidad” (Birchwood, Todd et al. 1998; Birchwood 2000; Edwards and McGorry 2002). La intervención temprana en esta etapa es por lo tanto, una de las principales herramientas terapéuticas para el manejo de las psicosis. En este sentido, McGorry apunta que un retraso en el comienzo del tratamiento está relacionado con un considerable deterioro funcional, una mayor resistencia a futuros tratamientos y un incremento en la tasa de recaídas (McGorry 1998). Además, la intervención intensiva en la fase inicial puede reducir efectos

iatrogénicos indeseables y ayudar a una recuperación más efectiva. Siguiendo este fin, en los últimos años, ha surgido con fuerza una estrategia que permite la instauración más rápida posible de una terapia adecuada, el modelo basado en el estadiaje clínico, que difiere de la práctica habitual de diagnóstico (McGorry 1995; McGorry 2005; McGorry, Hickie et al. 2006; Scott, Leboyer et al. 2013). Este modelo, define la enfermedad como un *continuum* en el que cada persona va a ir evolucionando a lo largo del tiempo y en el que el clínico podría detectar alteraciones sobre las que aplicar los tratamientos correspondientes en etapas tempranas, anteriores incluso a la expresión evidente de la enfermedad, que resultarían más eficaces y menos perjudiciales que los tratamientos en etapas posteriores.

El modelo de estadios, cuyo valor es claro por ejemplo en oncología donde la calidad de vida y la supervivencia dependen de intervenciones efectivas llevadas a cabo lo antes posible, no ha sido explícitamente aceptado en el campo de la psiquiatría (McGorry 2007).

La definición de etapas discretas de acuerdo a la evolución de la enfermedad, permite diseñar programas de prevención orientados a la comprensión de la fisiopatogenia y el diagnóstico. El resultado más importante sería la prevención del progreso a fases más avanzadas e incluso la regresión a una etapa más temprana. Esto requiere una comprensión exacta de la gama biológica y social del individuo, incluyendo los factores de riesgo y los de protección de cada persona.

Tabla 1. Modelo de estadios de la psicosis.

Adaptado de McGorry et al 2006 (McGorry, Hickie et al. 2006).

Estadio	Definición	Población y recursos de referencia
0	Aumento del riesgo de psicosis o síntomas del estado de ánimo, pero actualmente asintomáticos	Adolescentes con familiares de primer grado con una enfermedad mental
1 <sup>a</sup>	Síntomas psicóticos leves o no específicos (incluyendo déficits neurocognitivos) o un trastorno del estado de ánimo grave. Cambio leve o disminución funcional	<i>Screening</i> de la población de adolescentes. Remisión por los médicos de atención primaria o el colegio
1 <sup>b</sup>	<i>Ultra-High Risk (UHR)</i> : Síntomas psicóticos atenuados pero en el subumbral con moderados cambios neurocognitivos y declive funcional (GAF 50 a 70)	Remisión de los organismos educativos, médicos de atención primaria, servicios de emergencia
2	Primer episodio de psicosis (PEP): Con síntomas de moderados a graves, déficits neurocognitivos y declive funcional (GAF 30 a 50)	Remisión por los médicos de atención primaria, urgencias, agencias de asistencia social o servicios de drogas y alcohol
3 <sup>a</sup>	Remisión incompleta del PEP	Remisión por médicos de atención primaria y atención especializada

3 <sup>b</sup>	Recaída de la psicosis que se estabiliza con tratamiento a un nivel GAF o con síntomas residuales o neurocognición por debajo del mejor nivel alcanzado después de la remisión del primer episodio	Remisión por los servicios de atención primaria y especializada
3 <sup>c</sup>	Recaídas múltiples con un mayor impacto y empeoramiento clínico	Referencia por servicios de atención especializada
4	Enfermedad grave y persistente	Referencia por los servicios de atención especializada

Tabla 2. Modelo de estadios: Características clínicas de los estadios

Adaptado de McGorry et al 2006 (McGorry, Hickie et al. 2006).

Estadio	Descripción	Características clínicas
0	“Normal”	Sin síntomas
0.5	Subumbral de estrés	Subumbral de ansiedad y/o depresión
1 <sup>a</sup>	Trastorno de estrés	Corresponde aproximadamente a niveles moderados de DSM-IV
1 <sup>b</sup>	Trastorno de estrés con características de UHR	Como en la etapa 0.5, pero con otro sub-umbral de síntomas, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• UHR síntomas psicóticos</li> <li>• Cambios de humor e irritabilidad</li> <li>• Comportamiento fóbico y / o reflexiones que provocan angustia</li> <li>• Abuso de sustancias</li> </ul>
2	Primer Episodio Psicótico (PEP) tratado	Síntomas con un umbral completo del DSM-IV, trastorno diagnosticable
2 <sup>a</sup>	PEP tratado en remisión	La remisión de un PEP tratado, después de al menos 6 meses, tras un tratamiento basado en la evidencia
2 <sup>b</sup>	Recaída	Después de al menos 6 meses tras la remisión de un

	después de la recuperación	primer episodio tratado
3	Resistencia al tratamiento	No hay respuesta al tratamiento basado en la evidencia indicada por lo menos en 6 meses
4	Trastorno persistente	Enfermedad grave, síntomas persistente deterioro neurocognitivo y discapacidad

De esta forma, para evaluar la efectividad de las intervenciones en psicosis de inicio temprano se debe tener en cuenta la fase de la enfermedad, así podemos dividir los objetivos terapéuticos de las intervenciones en dos etapas:

La primera etapa incluye las intervenciones previas al PEP y enfatiza el esfuerzo por identificar la semiología e intervenir preventivamente en gente joven que se encuentra en fase prodrómica o en situaciones de alto riesgo para padecer un trastorno psicótico.

En la segunda etapa, el foco terapéutico se orienta hacia un momento posterior al PEP. Esta etapa a su vez se puede subdividir en dos: un primer periodo en el que la psicosis no es detectada; y otro posterior, cuando la psicosis ya ha sido detectada (McGorry, Yung et al. 2001).

En el primer periodo, la meta está en minimizar la duración de la psicosis no tratada, *Duration of Untreated Psychosis* (DUP) (Krstev, Carbone et al. 2004). En el segundo, después de la detección, las metas de la intervención se centran en establecer un compromiso terapéutico e iniciar un tratamiento farmacológico y psicosocial.

El objetivo de las intervenciones terapéuticas intensivas en el periodo de máxima sintomatología es reducir estos síntomas, iniciar una recuperación funcional y prevenir las recaídas en un tiempo mínimo tras el diagnóstico (Johannessen, Larsen et al. 2005).

El periodo de recuperación puede ser dividido en recuperación temprana (6 meses) y periodo de recuperación posterior (de los 6 meses a los 5 años) (Gleeson 2004).

En la fase prepsicótica, es posible implicar a un subgrupo de pacientes que busca ayuda y que se encuentra en una situación de riesgo de evolución hacia un trastorno psicótico completo (Phillips, Yung et al. 2002). Las intervenciones psicológicas pueden reducir el riesgo de esta evolución y pueden retrasar o evitar la necesidad de terapias farmacológicas, al menos en algunos pacientes (McGorry, Yung et al. 2002).

En el PEP, la secuencia de intervenciones depende del nivel de accesibilidad y compromiso del paciente, lo que depende a su vez del estado mental, del tiempo de relación con el servicio clínico y de un conjunto de factores intrínsecos del paciente, el clínico y el contexto (McGorry 2002).

La idea de una graduación desde un nivel hasta el siguiente, (Hogarty, Kornblith et al. 1997; Scott, Leboyer et al. 2013) así como la definición de subgrupos con necesidades especiales, son útiles para concentrarse en estrategias específicas. Algunas necesidades surgen en periodos de tiempo predecibles, por ejemplo, la resistencia al tratamiento, la recaída psicótica, y el riesgo de suicidio; y por lo tanto, se deberían abordar de forma oportuna en las fases de recuperación, donde la integración de las terapias farmacológicas es fundamental. El abordaje de las fases precoces de los trastornos psicóticos exige una elección cuidadosa de los diferentes tipos de intervención disponibles (McGorry 2010).

Así, McGorry describe un modelo simple de tres niveles para graduar la complejidad de las intervenciones tempranas en psicosis (McGorry, McKenzie et al. 2000). Los niveles 1 y 2 incluyen la psicoeducación, el apoyo en crisis, la psicoterapia de apoyo y las estrategias de prevención de recaídas que deben estar disponibles en todos los pacientes. El nivel 3 incluye la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para la resistencia inicial al tratamiento, la reducción del riesgo de suicidio y del riesgo de abuso de sustancias.

De esta forma, los enfoques de tratamiento deben hacer referencia tanto a la fase concreta de la enfermedad, centrándose por ejemplo en la fase prepsicótica, en el primer episodio y en la primera recaída, como en el problema individual concreto, dirigiéndose a circunstancias como el abuso de sustancias asociado, el riesgo de suicidio, los síntomas negativos o la resistencia al tratamiento.

A continuación en la tabla 3, se presentan las intervenciones más adecuadas para cada estadio según McGorry.

Tabla 3. Modelo de estadio: Intervenciones.

Adaptación de McGorry et al 2006 (McGorry, Hickie et al. 2006).

<b>Estadio</b>	<b>Definición</b>	<b>Recursos de referencia</b>	<b>Intervenciones</b>
<b>0</b>	Aumento del riesgo de síntomas psicóticos o grave estado de ánimo, pero asintomático en la actualidad	Jóvenes con familiares de primer grado	Mejorar el conocimientos sobre salud mental Intervención Familiar y educación sobre las drogas Breves habilidades de entrenamiento cognitivo
<b>1a</b>	Leves o síntomas no específicos, cambio o leve disminución del funcionamiento	Screening de la población juvenil. Remitidos por médico de atención primaria o educadores	Educación para la salud mental y en general Terapia Cognitivo Conductual (TCC) Psicoeducación de la Familia Reducción del uso indebido de sustancias Terapia de Apoyo o Resolución de Problemas
<b>1b</b>	UHR: estado de ánimo moderado pero con síntomas / positiva / negativa	Organismos educativos, médicos de atención primaria, servicios	TCC Psicoeducación de la Familia Reducción de abuso de sustancias

	subliminales. con cambios neurocognitivos y el declive funcional (GAF <70)	de urgencia, servicios sociales	Omega-3 los ácidos grasos Antipsicóticos atípicos Antidepresivos, estabilizadores del ánimo
2	PEP: desorden completo con síntomas de moderados a severos, con déficits neurocognitivos y declive funcional (GAF 30-50)	Organismos educativos, médicos de atención primaria, servicios de urgencia, servicios sociales, organismos especializados de drogas	TCC <b>Psicoeducación de la Familia</b> Reducción del uso indebido de sustancias Antipsicóticos atípicos Antidepresivos o estabilizadores del estado de ánimo Rehabilitación vocacional
3	Remisión incompleta del PEP o recaídas recurrentes	Servicios especialistas	Igual que el estadio “2”, énfasis en la medicación
4	Enfermedad grave y persistente	Servicios especialistas	Igual que el estadio “3” énfasis en Clozapina, tratamientos psicosociales centrados en la discapacidad y la participación social

### 1.2.3 Programas de intervención en primeros episodios psicóticos

En las últimas décadas, un número cada vez mayor de grupos de trabajo ha establecido programas clínicos y de investigación centrados en el PEP, lo que constituye un punto crucial de desarrollo tanto para la asistencia clínica como para la investigación.

Estas investigaciones sobre el PEP revelaron las necesidades clínicas especiales de los jóvenes en esta fase de la enfermedad, los efectos iatrogénicos de la asistencia estándar y la existencia de muchas oportunidades de prevención secundaria que resultaban muy alentadoras (McGorry, Edwards et al. 1996). Este hecho se hizo especialmente evidente cuando la asistencia clínica de los pacientes con un PEP o con un inicio reciente de la enfermedad se empezó a separar de la asistencia a los pacientes crónicos, algo que todavía es difícil de organizar (McGorry and Yung 2003).

Un ejemplo de programa clínico y de investigación centrado en pacientes con un PEP o inicio temprano y reciente de la enfermedad es *Early Psychosis Prevention and Intervention Centre* (EPPIC) en Australia, donde a jóvenes entre 14 y 25 años con psicosis, se les ofrece asistencia multidisciplinar que consiste en: *Case Management*, un programa de grupos, psicoeducación familiar y *peer support*. A su vez, en dicho centro, se llevan a cabo estudios de investigación que miden la eficacia de las intervenciones terapéuticas con el propósito de mejorar la asistencia. Desde su creación, se han ido realizando múltiples investigaciones que miden la eficacia de intervenciones psicosociales. Más concretamente, estudios que miden la eficacia de la modalidad cognitivo como es el caso de *Cognitively Oriented Psychotherapy for Early Psychosis* (COPE), intervención centrada en la fase de recuperación tras el

episodio psicótico, que intenta mejorar el ajuste, reducir la morbilidad secundaria y mejorar la percepción de las actitudes hacia la enfermedad a través de la reestructuración cognitiva de pensamientos delirantes y alucinaciones. Un ensayo controlado no aleatorio con COPE señaló algunas diferencias a favor de la modalidad cognitiva con respecto a los otros dos grupos control (los que rechazaron COPE cuando se les ofreció, y aquellos a los que no se les ofreció COPE) (Jackson, McGorry et al. 1998). Estos resultados preliminares se perdieron posteriormente en su mayoría en el seguimiento a un año. En un ensayo controlado aleatorizado posterior, COPE se comparó con el tratamiento estándar (Jackson, McGorry et al. 2005) pero no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en número de ingresos tras el tratamiento, ni a los 4 años de seguimiento. Otro estudio realizado posteriormente, que mide la eficacia de otra modalidad cognitivo conductual, una intervención conocida como *Active Cognitive Therapy for Early Psychosis* (ACE) comparada con una intervención control denominada *Befriending*, no encuentra diferencias entre las dos modalidades de intervención, ni en la mejora de los síntomas positivos y negativos ni en el número de ingresos en el seguimiento (Jackson, McGorry et al. 2008).

Con el objetivo de evaluar la eficacia de una intervención específica en el contexto del consumo de cannabis, *Cannabis and Psychosis Therapy*, (CAP) para aquellos pacientes que tras ser diagnosticados de un PEP e iniciar el tratamiento, siguen consumiendo cannabis, se lleva a cabo un estudio aleatorizado que compara esta modalidad (CAP) con grupos psicoeducativos focalizados en el uso de cannabis. En este estudio no encuentran diferencias entre las dos modalidades de intervención ni al final del tratamiento, ni a los 6 meses de seguimiento (Edwards, Elkins et al. 2006).

Otro de los estudios controlados, “*The Episode II*”, tiene como objetivo evaluar una intervención cognitivo conductual centrada en la prevención de recaídas, y en concreto en prevenir el segundo episodio de psicosis. Esta intervención se ofrece a jóvenes de forma individual durante 7 meses, acompañada de 5 sesiones individuales para los padres. Se observan diferencias con el grupo control que recibía tratamiento estándar en el seguimiento a 12 meses en la tasa de recaídas. Pero esas diferencias no se mantienen en el seguimiento a 18, 24 y 30 meses (Gleeson, Cotton et al. 2013).

Además, en este programa australiano, se evalúa la eficacia de una intervención vocacional-laboral, obteniendo muy buenos resultados en jóvenes con un PEP lo que tiene implicaciones no solo a nivel económico sino también social (Killackey, Jackson et al. 2008).

En Europa también se llevan a cabo programas específicos para PEP en los que uno de los objetivos es medir la eficacia de las intervenciones terapéuticas, como el programa, LEO (*Lambeth Early Onset*) en el Reino Unido, y los programas OPUS (*Early-Specialised Assertive Treatment Programme*) y TIPS (*Treatment and Intervention in Psychosis*) en Dinamarca.

El estudio LEO además de un tratamiento asertivo comunitario, terapia cognitivo conductual y estrategias vocacionales, incluye la terapia familiar como un componente esencial en el programa de intervención. En un estudio controlado y aleatorizado, concluyeron que los pacientes con un PEP entre los 16 y los 40 años que reciben un programa de intervención especializado, tienen menor tasa de recaídas frente a los pacientes que reciben un cuidado estándar (Craig, Garety et al. 2004). En términos de costes económicos, se comprobó que este programa específico de intervención temprana no aumentó los costes y era muy probable que fuese rentable en comparación con la atención estándar (McCrone, Craig et al. 2010). Pero los

buenos resultados obtenidos tras el programa intensivo de tratamiento no se mantuvieron en el seguimiento a 5 años (Gafoor, Nitsch et al. 2010).

El programa OPUS, incluye entre sus componentes un tratamiento asertivo comunitario, un entrenamiento en habilidades sociales y grupos psicoeducativos multifamiliares, basados en el modelo de McFarlane (McFarlane, Lukens et al. 1995). Presentan los resultados tras la intervención (de 2 años) y tras un seguimiento a 5 años. Los efectos positivos sobre los síntomas psicóticos y el funcionamiento global, que se encontraron en la evaluación a 2 años tras la finalización del tratamiento, no se mantuvieron a los 5 años (Bertelsen, Jeppesen et al. 2008). Estos resultados dan lugar a algunas preguntas fundamentales para la investigación: durante cuánto tiempo se deben ofrecer servicios de intervención temprana a los pacientes para mantener una buena evolución clínica y social o cuáles son las variables que deben incluirse en los estudios de eficacia de psicoterapias para poder aprehender sus verdaderos beneficios, ya que posiblemente, estos no puedan ser evaluados mediante variables cuantitativas. Asimismo, plantean la necesidad de ensayos clínicos controlados aleatorios para determinar cuáles son los elementos específicos de la intervención temprana especializada, si no todos, que tienen que ser ofrecidos durante el mismo período de tiempo (Bertelsen, Jeppesen et al. 2008).

El *Treatment and Intervention in Psychosis* (TIPS) es un programa para la detección y el tratamiento de pacientes con un PEP entre 18 y 65 años llevado a cabo en Dinamarca, centrado principalmente en la detección temprana y en la disminución de la DUP (Joa, Johannessen et al. 2008). Se llevó a cabo un estudio cuasi-experimental, donde los pacientes del programa TIPS recibían medicación antipsicótica, psicoterapia semanal y grupos multifamiliares cada 15 días (basados en el Modelo de McFarlane, igual que el programa OPUS), y se les comparó con aquellos pacientes

que estuvieron en un área de detección e intervención al uso. Encontraron mejores resultados para los pacientes que estuvieron en el programa TIPS incluso en el seguimiento a 10 años. Concluyen que la detección temprana en PEP parece aumentar las probabilidades de un mejor funcionamiento de estos pacientes. Los mecanismos por los cuales esta estrategia mejora el pronóstico a largo plazo de la psicosis siguen siendo especulativos, pero parece ser que las tasas de recuperación temprana fueron mayores en gran parte debido al aumento de las tasas de empleo para los pacientes en este grupo. Sin embargo, los resultados a 10 años indican que existe un vínculo entre el momento de la intervención y el pronóstico de los pacientes (Hegelstad, Larsen et al. 2012).

### **1.3 Terapias de orientación psicoeducativa en psicosis**

Las intervenciones de orientación psicoeducativa son sistemáticas, psicoterapéuticas y didácticas; y tienen por objeto proporcionar información a los pacientes y sus familiares sobre la enfermedad y las opciones de tratamiento disponibles, el fomento de habilidades de afrontamiento y la comprensión de lo que acompaña a la propia enfermedad (Bauml, Pitschel-Walz et al. 2007). Su meta global es la de mejorar la calidad de vida del paciente y de sus cuidadores, creando un ambiente con muy bajo nivel de estrés, disminuyendo la probabilidad de recaídas y la carga familiar, no sólo proporcionando información sobre el trastorno sino también sobre cómo manejarlo.

#### **1.3.1 Intervención familiar**

A lo largo de la historia el papel de las familias en la etiología, el curso y la evolución de la enfermedad ha ido cambiando. A mediados del siglo XIX predominaba una visión culpabilizadora de las familias, que les situaba como los causantes de la enfermedad: la "madre esquizofrenógena" (Fromm-Reichmann 1948), o el "doble vínculo" de Bateson (Bateson 1956).

Desde los años ochenta, se produce un giro en la concepción teórica de la esquizofrenia, y las intervenciones familiares que se desarrollan tienen en común su encuadre dentro de la teoría de la vulnerabilidad-estrés (Zubin and Spring 1977) desde donde potencian la toma regular de medicación y la reducción del estrés ambiental, más concretamente, de la "Emoción Expresada" (EE). Esta variable, se muestra como el mejor predictor de recaídas en esquizofrenia, ya que aumenta cuatro veces

aproximadamente en los pacientes que vuelven, tras el alta hospitalaria, a un ambiente familiar con altos niveles de EE (Leff, Kuipers et al. 1985).

Así, los primeros programas de intervención familiar fueron diseñados para tratar los problemas que se observaban en los pacientes con esquizofrenia y en sus familias durante la fase posterior a la hospitalización. Partían de la hipótesis de que el paciente que vuelve a un hogar en el que algún familiar muestra una alta implicación emocional manifestará mayor deterioro que aquel cuyo hogar no muestre estas características. Desde estos modelos “no culpabilizadores”, la familia pasa de ser conceptualizada como causa de la enfermedad a atribuirles una responsabilidad en cuanto a que puede influir en el curso de la misma, ya que, de acuerdo con el modelo de vulnerabilidad-estrés, los factores ambientales tales como las interacciones de la familia pueden jugar un papel importante en la continuidad de la enfermedad (van Os, Kenis et al. 2010; Gonzalez-Pinto, Ruiz de Azua et al. 2011; Otero, Moreno-Iniguez et al. 2011).

En la actualidad, los programas de intervención familiar se han ido centrando en las fases iniciales de la enfermedad, como es el PEP, que suele ser un momento aterrador y desconcertante para las familias.

Una de las consecuencias de cualquier enfermedad grave que ocurra durante la adolescencia o la edad adulta joven es que prolonga el papel de la familia como cuidadora. Se estima que hasta el 80%-90% de las personas que presentan un PEP vive todavía en casa con sus familias (Edwards, Maude et al. 2002; Gleeson 2005). Además en la medida en que el impacto del trastorno psicótico sigue afectando al funcionamiento psicosocial de la persona, la familia es un cuidador crítico. Las conductas extrañas de un hijo, una hija o un hermano provocan emociones como el miedo, el temor, la tristeza y en algunas ocasiones la culpa y el enfado. Sin ninguna

experiencia previa que los guíe, la familia suele sentirse abrumada. Por ello, trabajar constructivamente con las familias es un componente esencial en la gestión de la psicosis temprana. Habitualmente, las preguntas que formulan los pacientes cuando llegan a consulta son; ¿Tiene cura? ¿Me volverá a pasar? ¿Qué futuro me espera? ¿Podré trabajar? ¿Podré valerme por mi mismo? ¿Qué pasara si tengo hijos? Algunos padres añaden ¿Qué será de él cuando yo ya no esté? Desgraciadamente, los profesionales no suelen disponer de mucho tiempo para responder a todas ellas, y la información que se da a los familiares puede ser escasa y poco clara. Además, la aparición de una enfermedad es siempre una mala e inesperada noticia, y las malas noticias producen una alteración emocional que interfiere en nuestra capacidad para asimilar lo que se nos cuenta. El resultado final suele ser que los familiares disponen de escasa información y se sienten angustiados, desesperanzados y desconcertados, lo que puede incluso agudizarse si añadimos creencias populares erróneas acerca de las psicosis. La respuesta más frecuente en estas condiciones es pensar en todo lo malo que vendrá después, y ya es conocido que, cuando las personas nos encontramos en una situación complicada, tendemos a esperar lo peor, lo que suele acompañarse de ansiedad, miedo y angustia. En este sentido los programas psicoeducativos proveen a los participantes de información teórico-práctica sobre la enfermedad, lo que les permite una mejor comprensión de la misma, así como de la compleja relación que existe entre los síntomas, la personalidad y el entorno. Estos programas también enseñan formas prácticas de afrontar la enfermedad y sus consecuencias funcionales; asimismo ayudan a identificar signos precoces de recaída y permiten que los pacientes y sus familiares colaboren activamente con los profesionales en el tratamiento de la enfermedad, mejorando el cumplimiento terapéutico y haciéndoles responsables del afrontamiento de la misma.

### **1.3.2 La psicoeducación en la práctica clínica: Programas de orientación psicoeducativa**

Los programas psicoeducativos no proceden de ninguna teoría concreta sobre las dinámicas familiares, sino que provienen de una perspectiva más empírica. En la actualidad, el concepto de intervenciones familiares de orientación psicoeducativa ha logrado un reconocimiento mundial. A pesar de tener un componente educativo, son algo más sofisticado que la mera educación. Desde su introducción en la práctica clínica, los programas psicoeducativos son una de las intervenciones psicosociales más ampliamente estudiadas y han sido desarrolladas en diferentes formatos que inciden sobre distintos grupos de personas: la unidad familiar individual (Falloon, Boyd et al. 1982; Hogarty, Anderson et al. 1986) la unidad familiar más un grupo de parientes (Leff, Berkowitz et al. 1990), sólo grupo de parientes (Leff, Kuipers et al. 1982) y grupos de familias múltiples (McFarlane, Lukens et al. 1995).

Goldstein, revisa los fundamentos de los programas psicoeducativos diseñados para prevenir o retrasar las recaídas en personas con esquizofrenia (Goldstein 1995). En esa revisión, divide los programas en estudios de primera y de segunda generación. Los estudios de primera generación centran su hipótesis en que los programas psicoeducativos son eficaces en la prevención y el retraso de recaídas en personas con esquizofrenia. Estos estudios de primera generación llevados a cabo de 1970 a 1980, confirmaron los efectos positivos de los programas psicoeducativos familiares en retrasar la recurrencia del episodio psicótico. Estudios más recientes a los que se les denominó de segunda generación, basados en los buenos resultados de los estudios anteriores, parten de la hipótesis de que un formato de intervención podría ser más

eficaz que otro, así comparan: grupos solo para cuidadores, terapia unifamiliar, o grupos multifamiliares. En estos estudios, no se encontraron ventajas con respecto a un formato u otro. Los estudios revisados, tanto los denominados de primera como de segunda generación, demostraron el efecto positivo de estos programas en la prevención y el retraso de las recaídas cuando se añaden al tratamiento farmacológico. Lo que sugiere que la participación familiar, más allá del formato de intervención utilizada, en el cuidado de los pacientes con esquizofrenia, puede ser un ingrediente fundamental en el éxito de los programas de prevención de recaídas.

Este resultado se ha confirmado en un meta-análisis más reciente que muestra que la tasa de recaídas se puede reducir en torno a un 20% si se incluye en el tratamiento a los padres del paciente con esquizofrenia y el tratamiento dura más de tres meses (Pitschel-Walz, Leucht et al. 2001).

Sin embargo, con respecto a la hipótesis de que un formato de intervención podría ser más eficaz que otro, el mismo año en que se publica la revisión de Goldstein, McFarlane publica un estudio controlado aleatorizado de 172 pacientes con esquizofrenia con seguimiento a dos años, en el que concluye que los grupos psicoeducativos multifamiliares son más eficaces que los tratamientos unifamiliares, especialmente en pacientes con alto riesgo de recaídas (McFarlane, Lukens et al. 1995). En otro estudio del mismo autor se presentan los resultados a cuatro años. Se comparan tres modalidades de intervención: psicoeducación en un formato multifamiliar, psicoeducación en un formato unifamiliar, y un formato multifamiliar sin psicoeducación. Este estudio sugiere que las recaídas en pacientes con esquizofrenia se ven significativamente reducidas en pacientes que tienen un tratamiento multifamiliar grupal combinado con antipsicóticos y psicoeducación familiar, comparado con una intervención psicoeducativa estrictamente unifamiliar

aplicando el mismo modelo psicoeducativo y con una intervención multifamiliar sin psicoeducación. Las tasas de recaída a los 4 años fueron del 50%, 78% y 57%, respectivamente en cada una de las modalidades. Estos datos muestran la importancia del formato grupal, además del modelo psicoeducativo en la prevención o retraso de las recaídas (McFarlane, Link et al. 1995).

En las últimas décadas numerosos estudios controlados han probado la eficacia de intervenciones psicoeducativas en trastornos como la esquizofrenia y otras psicosis (incluyendo el trastorno bipolar). En esta línea encontramos trabajos que evaluaron la eficacia de un tratamiento psicoeducativo grupal en pacientes con trastorno bipolar y concluyeron que un tratamiento psicoeducativo grupal de 6 meses de duración es eficaz para la prevención de futuros episodios en estos pacientes (Colom, Vieta et al. 2003).

Además, el tratamiento psicoeducativo es la primera intervención psicológica que, por sí sola, añadida al tratamiento farmacológico, ha mantenido su eficacia a lo largo del tiempo en pacientes bipolares, ya que, en el citado estudio, se evaluó a los mismos pacientes 5 años después de la implementación del tratamiento y, de nuevo, hubo diferencias significativas en favor del grupo psicoeducativo con respecto a la intervención control (Colom, Vieta et al. 2009). En un estudio multi-céntrico posterior con el objetivo de evaluar la efectividad de una intervención de rehabilitación cognitiva centrada en mejorar el funcionamiento de pacientes bipolares, comparan esta intervención con otros dos grupos control (una intervención psicoeducativa y el tratamiento estándar). Los resultados muestran mejoras en los pacientes tras la intervención, pero no hay diferencias entre la modalidad de rehabilitación cognitiva con la modalidad psicoeducativa y si con el tratamiento estándar en funcionamiento (Torrent, Del Mar Bonnín et al. 2013).

La eficacia de la intervención psicoeducativa parece radicar, entre otros aspectos, en que aumenta la conciencia de enfermedad y aumenta la adherencia al tratamiento farmacológico y, de hecho, ha mostrado su superioridad con respecto a la medicación sola o a la medicación asociada a una “intervención estándar” (Pitschel-Walz, Leucht et al. 2001). En concreto, todos estos estudios en poblaciones adultas han demostrado que las intervenciones psicoeducativas reducen la probabilidad de recaídas, reducen el número de hospitalizaciones, disminuyen los síntomas, mejoran el funcionamiento social y profesional y, aumentan la adherencia al tratamiento (Huxley, Rendall et al. 2000; Xia, Merinder et al. 2011).

Además de ser eficaces, devienen en otros beneficios adicionales como la disminución de la carga familiar, a través de una mejoría de las habilidades de los miembros de la familia para afrontar los efectos de la enfermedad, y un mayor reconocimiento y comprensión de la psicosis como una enfermedad por parte de la familia (Falloon, McGill et al. 1987; McFarlane, Dushay et al. 1996; Pitschel-Walz, Leucht et al. 2001).

La eficacia demostrada de los modelos psicoeducativos en la psicosis en población adulta y de larga evolución es un precedente muy útil que sustenta la conveniencia del desarrollo de modelos de intervención en PEP. De hecho, la Academia Americana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes (AACAP), recomienda el uso de los tratamientos psicoeducativos para esta población (AACAP 2000).

En la actualidad, no son muchos los programas psicoeducativos para PEP. Entre estos, cabe mencionar a *The Calgary First Episode Program* (Addington 2004), en Canadá, que consta de cuatro fases en las que se combinan sesiones familiares individuales (para familia y paciente) y grupos multifamiliares, en los que se abordan contenidos como el aprendizaje de estrategias de afrontamiento. En esta línea también

encontramos el desarrollado en el EPPIC en Australia (EPPIC 1997), donde el formato básico de las sesiones psicoeducativas es multifamiliar, derivándose a la familia a terapia individual cuando el gestor del caso lo considera necesario. Este programa combina psicoeducación, terapia de apoyo y, en los casos más graves, terapia cognitivo-conductual.

En Europa también se llevan a cabo programas específicos para PEP en los que incluyen la psicoeducación entre sus intervenciones como son programa LEO (Reino Unido) y los programa OPUS y TIPS (Dinamarca), citados anteriormente.

Pero entre las potenciales limitaciones de los mencionados programas en cuanto a su posible implementación en nuestro medio se encuentran: que son aplicados en pacientes adultos (nuestros pacientes son adolescentes no mayores de 18 años), en la mayoría de los programas la psicoeducación se añade a otras intervenciones psicológicas y, por último, que son programas de muy larga duración.

Los programas psicoeducativos constituyen una herramienta de intervención accesible para la planificación de la atención a los pacientes psicóticos, que pueden ser fácilmente implementados en un sistema de salud. La experiencia clínica demuestra la necesidad de diseñar tratamientos individuales y planes de atención para los pacientes psicóticos. Estos planes de intervención deben adaptarse continuamente a la evolución de la enfermedad, así como a la persona y su entorno. Por esta razón, los recursos clínicos y comunitarios están obligados a facilitar asistencia en salud mental a lo largo de un *continuum* de atención (teniendo en cuenta los ingresos hospitalarios como el tratamiento más intenso, y los tratamientos ambulatorios como los que tienen menor intensidad). Se sabe que los sistemas de salud, sin estos niveles de atención por lo general terminan siendo insuficientes e ineficaces (Gunderson 2002).

# JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO





## **2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

En las dos últimas décadas, ha crecido el interés en el estudio del PEP, y la investigación y el desarrollo de programas específicos centrados en intervenciones psicosociales se ha convertido en un foco prioritario a nivel internacional (McGorry and Yung 2003; McGorry 2012; McGorry 2013). La justificación fundamental de este tipo de atención se basa en que las necesidades clínicas de los pacientes con un PEP son diferentes de las necesidades de pacientes crónicos (Lieberman, Perkins et al. 2001). Pero además, cuando la psicosis tiene su inicio en la adolescencia las intervenciones específicas deben tener en cuenta este estadio evolutivo tan importante de las personas (Birchwood and Singh 2013).

Tras un PEP la tasa de recaída se sitúa entre el 70-80% en los primeros 5 años después del inicio de la enfermedad (Robinson, Woerner et al. 1999). Esta recaída es probable que interfiera con el desarrollo psicosocial de los jóvenes, dada la frecuente necesidad de rehospitalización, lo que conlleva, interrupciones a nivel profesional, educativo y social, (Penn, Waldheter et al. 2005) y a su vez, también puede aumentar la carga para los miembros de la familia, los cuidadores y la comunidad en general.

En población adulta, las intervenciones psicológicas que han demostrado su eficacia en ensayos clínicos controlados y aleatorizados en relación a la tasa de recaídas en pacientes con esquizofrenia, incluyen intervenciones de orientación psicoeducativa multifamiliares, basadas en resolución de problemas (McFarlane, Dixon et al. 2003; Lucksted, McFarlane et al. 2012). Estudios previos sugieren que dos componentes de esta modalidad de intervención tienen efectos diferenciados durante las fases del tratamiento; la expansión de la red social (el formato grupal que incluye varios

participantes en la resolución de problemas) y la psicoeducación de la familia (McFarlane, Link et al. 1995). Teniendo en cuenta el estadio evolutivo de la adolescencia donde las redes sociales son muy importantes y la mayoría de ellos vive con sus padres, adaptar este modelo de intervención sería adecuado.

Aunque algunos programas ofrecen enfoques psicoeducativos para padres y / o adultos jóvenes con un PEP como un complemento importante en el programa de tratamiento (Craig, Garety et al. 2004; Bertelsen, Jeppesen et al. 2008), ninguno de ellos va dirigido específicamente a población adolescente. Hasta donde sabemos, sólo un estudio (Rund, Moe et al. 1994) evalúa la eficacia de un programa de tratamiento psicoeducativo que incluye sólo adolescentes con PIT, pero no es un ensayo aleatorio controlado.

Este estudio pretende evaluar la eficacia de una intervención grupal de orientación psicoeducativa, centrada en la prevención de recaídas y en la mejoría de la evolución de la enfermedad, dirigida a adolescentes con PIT y sus familiares. Se trata, según nuestro conocimiento, del primer ensayo clínico controlado y aleatorizado que compara una intervención grupal de orientación psicoeducativa, en adolescentes con PIT y sus familiares en paralelo, con un grupo de apoyo no estructurado.

# OBJETIVOS





### **3. OBJETIVOS**

1. Examinar la efectividad de una intervención grupal de orientación psicoeducativa para adolescentes con PIT y sus familiares, comparándola con una intervención grupal de apoyo no estructurada. La efectividad se medirá a través del análisis de las diferencias tras la intervención en el número de visitas a urgencias, el número de hospitalizaciones y el número total de días de ingreso.
2. Evaluar los cambios en la evolución sintomática de la enfermedad, en el funcionamiento global y en la adaptación psicosocial de los pacientes del grupo experimental y del grupo control tras los 9 meses de intervención.
3. Comparar los cambios en el clima familiar entre los familiares y pacientes del grupo experimental y el grupo control tras los 9 meses de intervención.



# HIPÓTESIS





#### **4. HIPÓTESIS**

1. Una intervención grupal de orientación psicoeducativa en paralelo, para adolescentes con PIT y sus familiares, añadida al tratamiento al uso que los adolescentes con PIT reciben, influirá en una mejor evolución de la enfermedad, lo que se expresará en una menor frecuencia de visitas a urgencias, un menor número de ingresos hospitalarios y una disminución del número de días totales de ingreso a lo largo de los 9 meses de tratamiento, comparándola con una intervención grupal de apoyo no estructurada.
2. Los pacientes del grupo experimental presentarán menos síntomas de la enfermedad, medido con la PANSS, y un mejor funcionamiento global, medido con la C-GAS, que los pacientes del grupo control.
3. Las familias y los pacientes del grupo experimental mostrarán mejor clima familiar, medido con la FES, tras la intervención grupal de orientación psicoeducativa que las familias y los pacientes del grupo control que reciben una intervención grupal de apoyo no estructurada.



# MÉTODOS





## **5. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **5.1 Procedimiento**

El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM) de Madrid. La Unidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente es considerada una unidad de referencia y cuenta con un programa clínico y de investigación en PEP lo que facilitó el reclutamiento ([www.ua.hggm.es](http://www.ua.hggm.es)).

A todos los pacientes atendidos de forma consecutiva que cumplen los criterios de inclusión, adolescentes con PIT y a sus familiares, durante el ingreso o aquellos que no hayan requerido ingreso en las consultas externas, se les explica el estudio y tras la firma del correspondiente consentimiento informado tanto padres como adolescentes son incluidos en el mismo.

#### **5.1.1 Aleatorización**

Los pacientes fueron aleatorizados al grupo de orientación psicoeducativa (GPE) o al grupo de apoyo no estructurado (GPA) a través de un programa de aleatorización por ordenador, programado por un estadístico del HGUGM ajeno al estudio.

### **5.1.2 Consideraciones éticas**

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del HGUGM.

Se obtuvo consentimiento informado por escrito de los padres/tutores legales de los participantes y de los adolescentes (Anexo1 y 2) antes de su inclusión en el estudio. Así mismo, se ofreció la posibilidad de realizar todas aquellas preguntas que los participantes y/o sus familiares juzgasen necesarias y se garantizó la posibilidad de salir del estudio en el momento que lo consideraran. Los datos fueron tratados de forma confidencial de acuerdo con Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

## **5.2 Participantes: Descripción de la muestra; Criterios de inclusión y exclusión**

### **-Descripción de la muestra**

La muestra coincide con la población de estudio y se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico de conveniencia, basado en el cumplimiento de los criterios de inclusión y de exclusión. La forman los miembros del núcleo familiar de primer grado (padres) y los pacientes con diagnóstico de PIT que acudieron a los recursos de tratamiento del área de influencia de la Unidad de Adolescentes del HGUGM que fueron atendidos de forma consecutiva, y que aceptaron participar en el estudio.

El programa fue ofertado a 90 participantes (adolescentes con PIT y sus familias: padres y madres). De los participantes a los que les fue ofertado aceptaron 55 y rechazaron 25 (ver Figura1).

De estos 55 pacientes que participaron en el estudio, 48 habían tenido un PEP (6 de ellos no habían requerido hospitalización), 7 habían tenido episodios psicóticos previos (1 hospitalización n=1, 2 hospitalizaciones n=3 y 3 hospitalizaciones n=3).

**- Criterios de inclusión y exclusión**

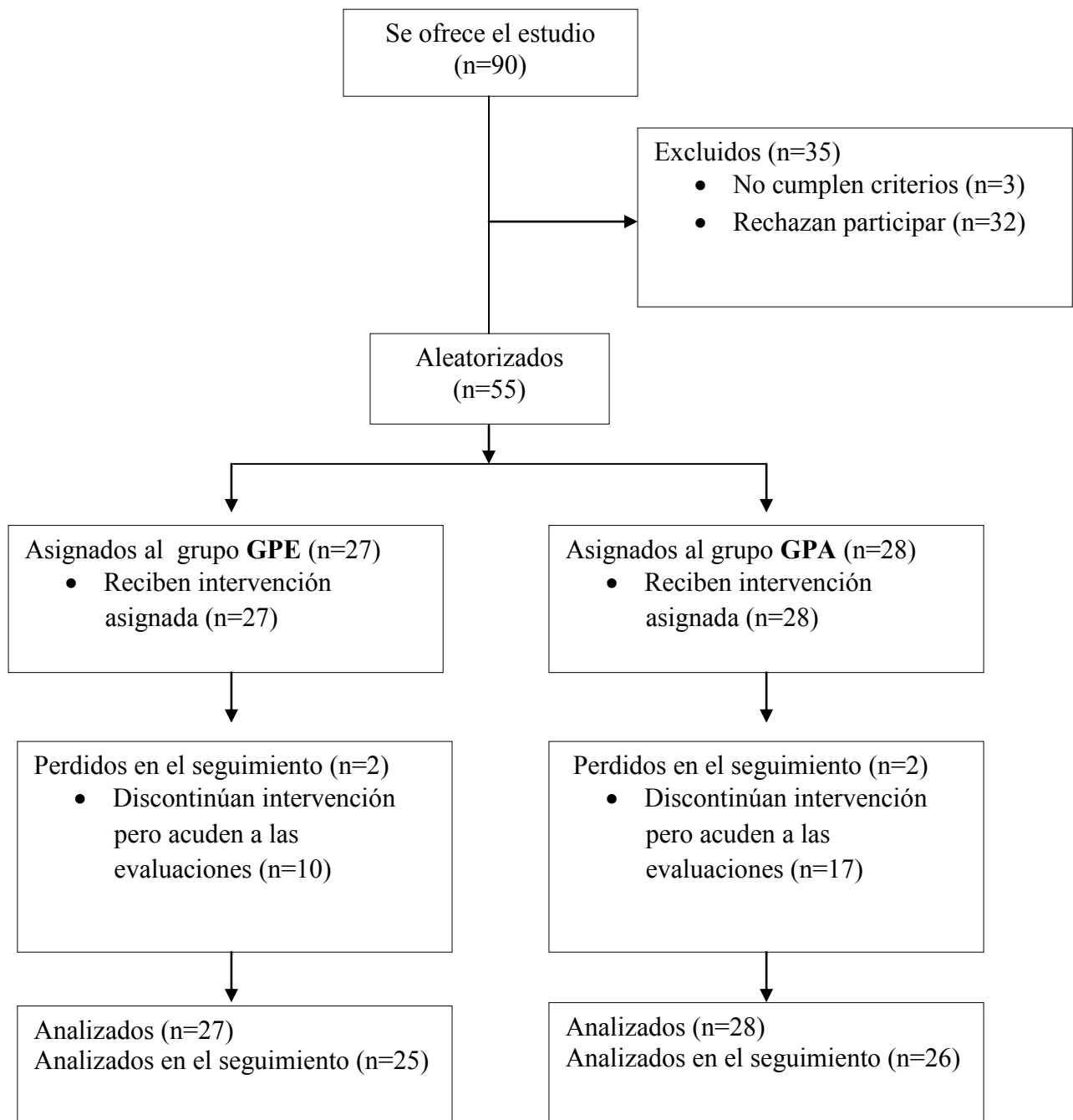
Criterios de inclusión:

- Edad entre 14-18 años
- Presencia de al menos un síntoma psicótico de inicio antes de los 18 años de edad con diagnóstico según DSM-IV
- Convivencia o relación del adolescente con sus familiares o cuidadores principales
- Consentimiento informado para el estudio del paciente y del tutor o representante legal

Criterios de exclusión:

- Dependencia o abuso de sustancias por parte del paciente (se aceptó el uso)
- Historia actual o pasada de enfermedad neurológica relevante del paciente
- No hablar o no entender correctamente castellano

Diagrama 1: Diagrama de flujo



### **5.3 Descripción del programa: Diferentes intervenciones; Terapeutas; Supervisión**

#### **- Intervención Psicoeducativa:**

La intervención de orientación psicoeducativa es una adaptación del programa de William McFarlane (McFarlane 1991; McFarlane, Lukens et al. 1995) para adolescentes con PIT y sus familias. En su propuesta original, este modelo se aplicó en adultos con esquizofrenia. El formato era multifamiliar, de 18 meses de duración y los grupos incluían tanto a los familiares como a los propios pacientes.

En nuestro caso, la adaptación del modelo ha consistido en:

- Modificación de la población diana: Los grupos están dirigidos específicamente a población adolescente y sus familiares. Esta novedad requirió la creación de un nuevo material de referencia, de orientación psicoeducativa, dirigido a chicos entre 14 y 18 años, con terminología y diseño adecuados para su momento evolutivo (Anexo 6). Al inicio de nuestro trabajo y hasta nuestro conocimiento, no existía ningún programa psicoeducativo específicamente diseñado para abordar los aspectos madurativos de la adolescencia junto a los dilemas diagnósticos de tratamiento de los pacientes con PIT. Uno de los contenidos diferenciales de este programa psicoeducativo es el que hace referencia a la distinción entre síntomas propios de la enfermedad y manifestaciones evolutivas propias de la adolescencia, siendo ésta una aportación novedosa y de gran utilidad en el manejo de esta población, pues nuestra experiencia clínica indica que ésta es una de las principales dificultades con las que se encuentran los familiares de adolescentes con psicosis. El

diseño del programa, considera también las peculiaridades técnicas que el trabajo con pacientes adolescentes y sus familias requiere.

- Heterogeneidad de los diagnósticos: Bajo la denominación de psicosis de inicio temprano (PIT) se incluyen un grupo heterogéneo de procesos que con el tiempo evolucionan a diagnósticos muy diversos con diferente pronóstico y evolución; no existen programas que específicamente aborden los dilemas diagnósticos y pronósticos con los que se enfrentan los clínicos y los familiares que han de afrontar el tratamiento y manejo de estos trastornos en este momento evolutivo. Por ese motivo, este programa psicoeducativo aborda de forma genérica el concepto de psicosis incorporando contenidos elementales de educación para la salud que sean compartidos por todos los grupos diagnósticos y puedan servir como guía básica de comportamiento en estos primeros momentos del trastorno en los que predomina la incertidumbre.

- Realización de los grupos en paralelo: Teniendo en cuenta el momento evolutivo de los participantes y que uno de los retos madurativos a los que se enfrentan es el de la diferenciación de sus padres, se decidió realizar dos grupos simultáneos en paralelo: el de los padres y el de los chicos. De esta manera también se proporciona un espacio de intimidad y exclusividad que consideramos necesario para la expresión de sentimientos y revelación de experiencias personales que, sobre todo en el caso de los adolescentes, es difícil de lograr teniendo a sus padres al lado.

- Adaptación al modelo sanitario público de nuestro entorno: Aunque el modelo de McFarlane incluía grupos multifamiliares durante 18 meses, para facilitar su

aplicación a nuestro medio y su posible difusión a otros servicios de salud mental, el programa tiene una duración de un curso académico, las sesiones se realizan con frecuencia quincenal y solamente requiere la participación de dos clínicos, no siendo necesaria una formación altamente cualificada para ponerlo en práctica.

- Inclusión de supervisiones o grupos de terapeutas: Se trata de una innovación no propia de los modelos psicoeducativos tradicionales, importada de otros modelos de trabajo como la *Dialectical Behavioural Therapy* (DBT) de Marsha Linehan. Como se explicará más adelante, una vez a la semana, los terapeutas recibían retroalimentación y supervisión del resto de miembros del equipo en el seguimiento de cada uno de los casos. Se trató pues, de tres grupos de trabajo en paralelo: el de chicos, el de padres y el de profesionales.

Para profundizar más sobre el diseño del programa y la toma de decisiones llevadas a cabo ver Ruiz-Sancho, Calvo et al (Ruiz-Sancho 2012).

## FASES DE LA INTERVENCIÓN:

### 1. Entrevistas individuales

Basándonos en el modelo de McFarlane, antes de comenzar con la terapia grupal se realizaron tres sesiones individuales, conducidas por los que luego serían los terapeutas grupales. La duración de cada sesión era de aproximadamente una hora y se realizaron de forma separada para los padres y los adolescentes, tal y como luego ocurriría en los grupos.

El objetivo fundamental de las sesiones individuales de iniciación era promover una relación terapéutica y profundizar en el conocimiento de las dificultades y fortalezas particulares de cada individuo y grupo familiar, con el fin último de asegurar el cumplimiento terapéutico. El clima de estas sesiones era informal y se pretendía establecer una relación de colaboración mutua así como transmitirles apoyo y sensación de control. La escucha activa, y privada de juicio de valor por parte del terapeuta, de los problemas y dificultades que se les presentaban a los participantes, y la interpretación que hacen ellos de los mismos, era una herramienta fundamental para el desarrollo de la terapia. En las sesiones iniciales se fomentaba también la expresión de sentimientos y se validaba a los participantes. De hecho, otro de los objetivos de las sesiones individuales era poder evaluar la dinámica familiar, poniendo especial hincapié en detectar las fortalezas de cada uno de los miembros y del sistema familiar en su conjunto.

En estos primeros contactos se les distribuía el material escrito que consiste en un

programa extenso con doce temas (once temas desarrollados en el programa y los recursos socio-sanitarios incluido en anexos del material), sobre los que se tratará en los grupos, una guía breve de 4 folios con 5 puntos importantes para entender y afrontar la psicosis que se encontraba en el apéndice del material y un glosario de términos relacionados con los trastornos psicóticos que se encontraba en los anexos del material (Anexo 6). El material que se les daba a los adolescentes es el mismo que a los padres, pero este material, contaba en cada tema con un apartado específico para las familias.

El contenido a tratar en cada una de las sesiones individuales estaba previamente definido, de manera que se estructuraba de la siguiente forma:

- En la primera sesión, y en general, en todas las sesiones tanto individuales como grupales, los conductores establecían unos 10 minutos de socialización, hablando de aspectos que nada tienen que ver con la enfermedad (el tiempo, el tráfico, las vacaciones, etc...). El objetivo de esta fase de calentamiento era, en primer lugar, “romper el hielo” y crear un clima cálido y en segundo lugar, transmitir de forma indirecta a los chicos/familiares que existen otros temas más allá de sus preocupaciones, que también tienen su importancia y merecen ser tratados, de manera que hay un momento para hablar de los problemas pero también otro para parar. Después de los 10 minutos de socialización, los terapeutas revisaban con el adolescente o los padres, la última crisis, el motivo de ingreso. En esta primera sesión también se exploraban los pródromos guiando a las familias/chicos en la revisión de las semanas anteriores al episodio psicótico, poniendo énfasis en los cambios en la conducta, pensamientos o sentimientos del paciente. El objetivo era que los familiares y pacientes tomen conciencia y puedan prevenir recaídas. Después de recoger información sobre las señales tempranas y sobre la explicación que los

chicos/familiares le dan a los síntomas, los terapeutas describían el modelo y la orientación psicoeducativa del grupo en el que un máximo de 10 familias se reúnen cada 15 días, una hora y media durante un curso académico. Se describía brevemente la estructura de los grupos y se terminaba con 5 minutos de socialización señalando la importancia de ir recuperando poco a poco el nivel de funcionamiento previo a que apareciera la crisis. En esta primera sesión se les entregaba el material a los padres indicándoles la conveniencia de que lo leyeran para conocer más en profundidad lo que les ha ocurrido a sus hijos. Un mensaje que estaba presente a lo largo de todas las sesiones es lo fundamental de su participación para conseguir una recuperación lo más temprana y completa posible.

- En la segunda sesión, tras los 10 minutos de socialización, los conductores exploraban en las familias/chicos sus redes sociales y sus recursos y fortalezas. Se prestaba especial atención al colegio, trabajo y las actividades lúdicas con los que contaba tanto la familia como el paciente. Es importante marcarse metas a corto y largo plazo, para que la familia vaya recobrando su vida normal. Además, se les preguntaba acerca de cómo había sido su relación con los servicios de salud mental durante el episodio.

En el caso de los padres, se resolvían dudas sobre el material que se les dio en la sesión anterior, y a los adolescentes se les entregaba en este momento. La idea de retrasar la entrega del material en el caso de los adolescentes surge del supuesto de que cuanto más fuerte sea el vínculo con el terapeuta, más probable es que accedan a leerse un material que de por sí les puede resultar incómodo o amenazante. La sesión terminaba con 5 minutos de socialización.

- La tercera sesión comenzaba, de nuevo con 10 minutos de socialización, y su principal objetivo era preparar a los participantes para su inminente entrada en los grupos. Se exploraban las expectativas y posibles miedos y se volvía a repasar brevemente la estructura y funcionamiento de los grupos, advirtiéndoles de que era posible que en el contexto grupal no se les pudiese prestar una atención tan personalizada como en estas sesiones pero que podrían beneficiarse de las aportaciones de otras personas que están pasando por su mismo proceso en ese momento y con los que podrían compartir sus preocupaciones, inquietudes y posiblemente soluciones a ellas.

## 2. Sesiones grupales

Tras las tres sesiones individuales, comenzaba la fase grupal cuyas sesiones se estructuraban según un formato de resolución de problemas. Al igual que ocurría en las sesiones individuales, los dos grupos tienen lugar simultáneamente (uno para familiares y otro para los adolescentes) con estructura y contenidos adaptados a los participantes.

En cada una de las sesiones se abordaba un tema del programa, que eran los siguientes:

1. Qué es la psicosis
2. Síntomas psicóticos
3. Tratamiento
4. Efectos secundarios
5. Consumo de tóxicos

6. Identificación de pródromos y prevención de recaídas
7. El estrés y su papel en el empeoramiento de los síntomas
8. Factores protectores de la psicosis
9. Importancia de la comunicación en las familias
10. Características propias de la adolescencia
11. Manejo de las crisis
12. Recursos sociosanitarios

Cada sesión grupal debía comprender las siguientes fases:

- a) *Charla informal introductoria* (10 minutos): Es una charla neutral acerca de temas de la vida cotidiana no relacionados con los problemas o la enfermedad. El terapeuta se asegura de que los participantes no hablen de problemas.
- b) *Revisión de la tarea* (5 minutos): Los terapeutas revisan los progresos de una familia/chico al implementar la solución de problemas que se desarrolló en la sesión anterior y establece conexiones con sesiones futuras.
- c) *Presentación del tema* (10 minutos): Los terapeutas presentan una visión resumida de uno de los capítulos del manual. Se aseguran de que el contenido es comprendido y en caso de dudas se remite al material educativo.
- d) *Ronda de palabra* (15 minutos): Cada participante explica los asuntos relacionados con el trastorno psicótico u otros dilemas que estén afrontando en el momento. Los conductores se aseguran de que todos participen e identifican temas y problemas comunes.
- e) *Solución de problemas* (40 minutos): Comienza cuando los conductores eligen, el problema objeto de trabajo para esa sesión particular. Aunque el terapeuta

seleccione sólo uno, el problema a tratar debe ser de interés general a la vez que específico y concreto.

1. Tormenta de ideas (15 minutos): Los miembros del grupo incluyendo los terapeutas, proponen libremente posibles soluciones al problema elegido. Los terapeutas pueden ofrecer soluciones con el objetivo de dinamizar, aunque es preferible que las soluciones las den los participantes. Se prohíbe explícitamente la evaluación de las mismas o el establecimiento de un juicio de valor.

2. Evaluación de los “pros” y los “contras” (15 minutos): Todos los participantes evalúan las ventajas y desventajas de cada una de las potenciales soluciones aportadas. En esta fase, los conductores deberán señalar aquellas ocasiones en las que las soluciones sean coherentes con el mensaje de la guía para las familias.

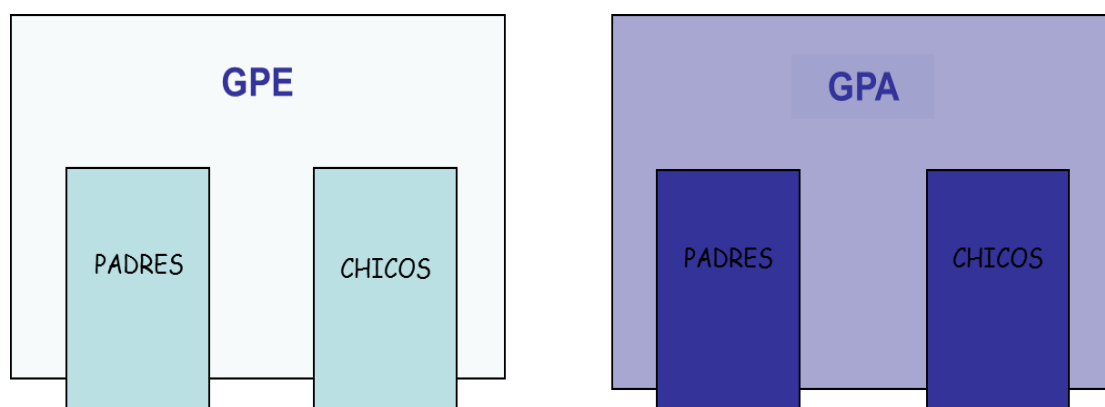
3. Desarrollo de un plan (10 minutos): Se le pide a la familia que decida cuál de las soluciones propuestas aplicará al problema presentado. El terapeuta permanece neutral a la solución escogida, pero asegurándose de que esa solución es realista y práctica. Se especifican los detalles del plan, concretándose en lo posible el qué, cómo, cuándo, dónde.

f) *Despedida, charla informal* (10 minutos): Para terminar se les pide a los pacientes y familiares del grupo que pasen a comentar asuntos neutrales que no tengan que ver con las dificultades y los problemas.

- **Intervención grupal de apoyo no estructurada:**

La intervención grupal de apoyo no estructurada (GPA) contaba al igual que la intervención GPE con una fase de iniciación compuesta por tres entrevistas individuales (con los padres y los adolescentes por separado) y 12 sesiones de grupo con una frecuencia quincenal (Figura 2). Los conductores no seguían una estructura específica o usaban unas técnicas psicoterapéuticas concretas, sino que eran más bien grupos de apoyo en los que el terapeuta interviene a demanda de los participantes, siguiendo el modelo médico tradicional. En este tipo de intervención no se entregaba material escrito ni a los adolescentes ni a los familiares.

Ambas intervenciones, tanto la GPE como la GPA, fueron añadidas a la intervención estándar que un paciente con PIT normalmente recibe en nuestro sistema de salud mental.



**Figura 2: Grupos paralelos para padres y adolescentes**

**- Terapeutas**

Con el propósito de controlar efectos de los terapeutas como el género, la formación o la experiencia, los terapeutas en ambas modalidades de intervención GPE y GPA eran los mismos. Es decir, los dos terapeutas del grupo de padres conducían los grupos GPE y GPA de padres y los dos terapeutas del grupo de chicos conducían los grupos de GPE y GPA de chicos. Estos terapeutas fueron licenciados en psicología o especialistas en psiquiatría, que asistían a supervisiones semanales.

**- Supervisión de los terapeutas**

Además de las sesiones individuales y grupales, nuestro programa añade un último nivel de intervención: las supervisiones semanales, a las que acudían no sólo los terapeutas de los grupos sino el resto del equipo, compuesto por personal en formación, terapeutas “suplentes” y un consultor externo. Dichas supervisiones tenían una hora y media de duración y en ellas se realizaban las siguientes tareas:

- Evaluación de la competencia del terapeuta y adherencia al modelo

A través del visionado de las sesiones (todas fueron grabadas previa autorización de los participantes), uno o varios miembros del equipo puntuaban la adherencia al modelo y competencia de los terapeutas, a través de un cuestionario específicamente diseñado para ello (Anexo 5). La revisión de cada uno de los puntos servía de hilo conductor para revisar los contenidos del grupo tanto desde el punto de vista técnico,

como clínico, profundizando en aquellos aspectos que hubieran supuesto una mayor dificultad y reforzando aquellos otros que se hubiesen realizado con éxito.

- Supervisión de dilemas clínicos

Aunque el contenido de los mismos fue evolucionando a medida que crecíamos como equipo y fueron diferente en función del grado de formación de los terapeutas, los principales dilemas clínicos a los que nos enfrentamos fueron los siguientes:

- Síntomas positivos o negativos muy acusados y comportamientos disruptivos
- La no asistencia o asistencia parcial de los participantes
- Circunstancias psicosociales adversas (violencia, separación de los padres, etc...)
- Co-terapia
- Nuestra propia identidad como grupo que trata a otro grupo

- Formación continuada de los terapeutas y formación de nuevos terapeutas

El mismo proceso de auto y hetero-evaluación llevado a cabo con el cuestionario de adherencia y competencia (Ruiz-Sancho 2012) aseguraba la formación continuada y aprendizaje progresivo de los miembros del equipo. El cuestionario de adherencia y competencia consta de 22 ítems de tipo Likert (1-5), la puntuación más alta que se puede obtener es de 110, los terapeutas puntuaron por encima de 91 en todas las sesiones y la media fue de 102,9.

## 5.4 Descripción de los instrumentos y recogida de datos

### - Descripción de los instrumentos

El diagnóstico de los participantes fue evaluado usando la entrevista clínica y diagnóstica semiestructurada *Kiddie-Sads- Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL / versión española) [K-SADS PL (Soutullo 1996; Kaufman, Birmaher et al. 1997; Ulloa, Ortiz et al. 2006)]. La K-SADS-PL (Soutullo 1996) es una entrevista diagnóstica semiestructurada diseñada para evaluar episodios pasados y actuales de psicopatología en niños y adolescentes, siguiendo los criterios del DSM-IV (APA 1994). Dicha escala es administrada entrevistando tanto a los padres como al paciente por separado, obteniendo una puntuación final que recoge todas las fuentes de información utilizadas.

La sintomatología se valoró utilizando *The Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS/ versión española), (Kay, Fiszbein et al. 1987; Peralta 1994). La PANSS es la escala más extendida para valorar psicopatología en esquizofrenia. Consta de 3 subescalas: síntomas positivos, síntomas negativos y psicopatología general.

El funcionamiento psicosocial se midió con la Escala de Evaluación del Funcionamiento Global Infantil (C-GAS) (Shaffer, Gould et al. 1983; Ezpeleta 1999) la cual evalúa el funcionamiento en tres áreas; casa, colegio y compañeros (puntuación de 1 a 100) pero no incluye las discapacidades en el funcionamiento del individuo debido a limitaciones físicas.

La adherencia al tratamiento fue evaluado mediante el análisis en sangre venosa de los niveles de medicación antipsicótica a través de la técnica Cromatografía Líquida de Alta Resolución (HPLC) (Zhang, Terry et al. 2007).

La escala de clima familiar utilizada fue la *Family Environment Scale* (FES) cuestionario auto-administrado que incluye respuestas tipo verdadero-falso que mide las características sociales de las familias (Moos 1986; Moos 1995). Esta escala aprecia las características socio-ambientales de todo tipo de familias. Evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica. La escala está formada por 90 elementos, agrupados en 10 subescalas: Cohesión, Expresividad, Conflicto, Autonomía, Actuación, Intelectual-cultural, Social-recreativo, Moralidad-religiosidad, Organización, Control.

La medición de recaídas se realizó con un cuestionario elaborado por el equipo investigador que recoge las variables de número de hospitalizaciones, días de hospitalización total, número de vistas al servicio de urgencias.

- **Recogida de Datos**

Las evaluaciones fueron realizadas por psiquiatras, con alta experiencia clínica en psiquiatría infantil, formados en el uso de las diferentes escalas y con una fiabilidad inter-jueces superior a 0.80. Los evaluadores fueron ciegos a la modalidad de intervención grupal que recibía el paciente y sus familiares.

Estas evaluaciones fueron realizadas pre y post tratamiento. Las evaluaciones basales fueron realizadas con un máximo de un mes antes de comenzar la intervención y las evaluaciones post tratamiento dentro del mes posterior a finalizar el mismo. En el caso de los pacientes que discontinuaron el tratamiento, las evaluaciones se realizaron alrededor de los 9 meses tras la evaluación basal, con el propósito de que a todos los participantes en el programa se les evaluase en el mismo momento.

## **5.5 Análisis estadístico**

### **5.5.1 Estimación del tamaño muestral**

Basándonos en los datos de la gestión asistencial y la experiencia de estudios anteriores se estimó que el tamaño de los grupos de comparación fuera de al menos 25 sujetos. Tomando como referencia las tasas de recaídas obtenidas en estudios similares (Rund, Moe et al. 1994), en las que un 8% de los pacientes experimentó 2 o más recaídas frente al 67% de los sujetos del grupo control, el poder estadístico para detectar esas diferencias con un tamaño muestral de 25 sujetos en cada grupo se encuentra en torno al 90%.

### **5.5.2 Análisis por intención de tratar**

El análisis de datos se realizó por “Intención de Tratar” (*Intention To Treat*, ITT) (Schafer and Graham 2002). De acuerdo con el principio de ITT, se incluyeron en el análisis a todos los pacientes en los grupos en los que fueron aleatoriamente asignados, independientemente de que hubieran completado el tratamiento, así en ambos grupos se incluye tanto a los participantes que completaron la intervención como a los que no.

### 5.5.3 Análisis de los datos

Los diferentes análisis fueron realizados utilizando el programa estadístico SPSS versión 20.0 para Windows. El nivel de significación bilateral para todas las pruebas estadísticas se estableció en  $\alpha=0.05$ .

En primer lugar se estudió la normalidad de las variables cuantitativas mediante el **test de Kolmogorov-Smirnov**, para determinar la utilización de test de hipótesis paramétricos o no paramétricos. Puesto que los datos no cumplían el supuesto de normalidad, se utilizaron pruebas no paramétricas en el análisis de los mismos.

Las características basales de la muestra entre los dos grupos se compararon mediante la prueba de **Chi cuadrado de Pearson** para las variables categóricas como género, raza y diagnóstico, y la prueba **U-Mann-Whitney** para las variables cuantitativas.

Se evaluaron las diferencias de los grupos con pruebas no paramétricas, la prueba **U de Mann-Whitney** para el análisis intergrupo y la prueba de **Wilcoxon** para el intragrupo.

Se realizó la prueba de **Chi cuadrado de Pearson** para las variables categóricas como hospitalización y visita a urgencias.

El **tamaño del efecto** se calculó también para cuantificar el efecto de la intervención entre los grupos. Para considerar grande o pequeño un determinado valor se aceptaron las siguientes orientaciones:  $d = 0.20$  (pequeño),  $d = 0.50$  (moderado) y  $d = 0.80$  (grande) (Cohen 1988).

# RESULTADOS





## 6. RESULTADOS

### 6.1 Descripción de la muestra: Datos sociodemográficos, clínicos y de diagnóstico

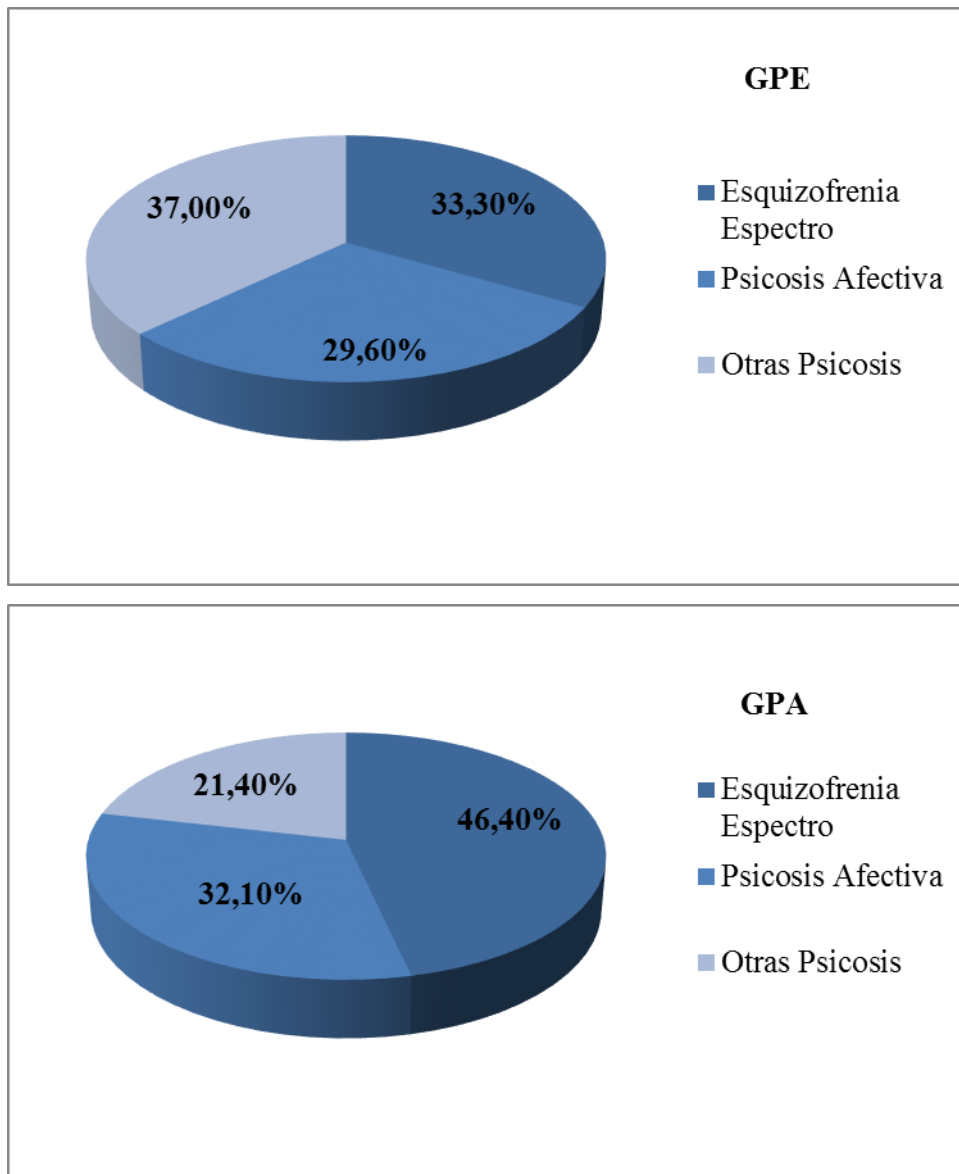
Para realizar los análisis estadísticos se incluyeron un total de 55 participantes; 27 en el grupo GPE y 28 en el grupo GPA.

Los 27 participantes que fueron aleatorizados a la intervención GPE tuvieron una media de edad de 16.4(1.34), de los cuales 16 (59.3%) eran varones y 11 (40.7%) eran mujeres. Respecto al origen étnico el 92.6% de la muestra en este grupo fue de raza caucásica y el 7.4% restante pertenecía a otro grupo racial (2 hispanos).

En el grupo GPA la media de edad de los 28 participantes fue de 16.5(1.15), de los cuales 18 (64.3%) eran varones y 10 (35.7%) eran mujeres. Respecto al origen étnico el 85.7% eran de raza caucásica y el 14.3% restante pertenecía a otros grupos raciales (hispanos 3, negro 1).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables sociodemográficas ente los dos grupos (GPE vs GPA), (Tabla 4).

En el momento de la evaluación basal el 33.3% presentaba un diagnóstico dentro del espectro de la esquizofrenia, el 29.6% psicosis afectiva y el 37% otras psicosis en el grupo GPE. Del mismo modo, en el grupo GPA el 46.4% presentaba un diagnóstico dentro del espectro de la esquizofrenia, el 32.1% psicosis afectiva y el 21.4% otras psicosis, (Figura 3).

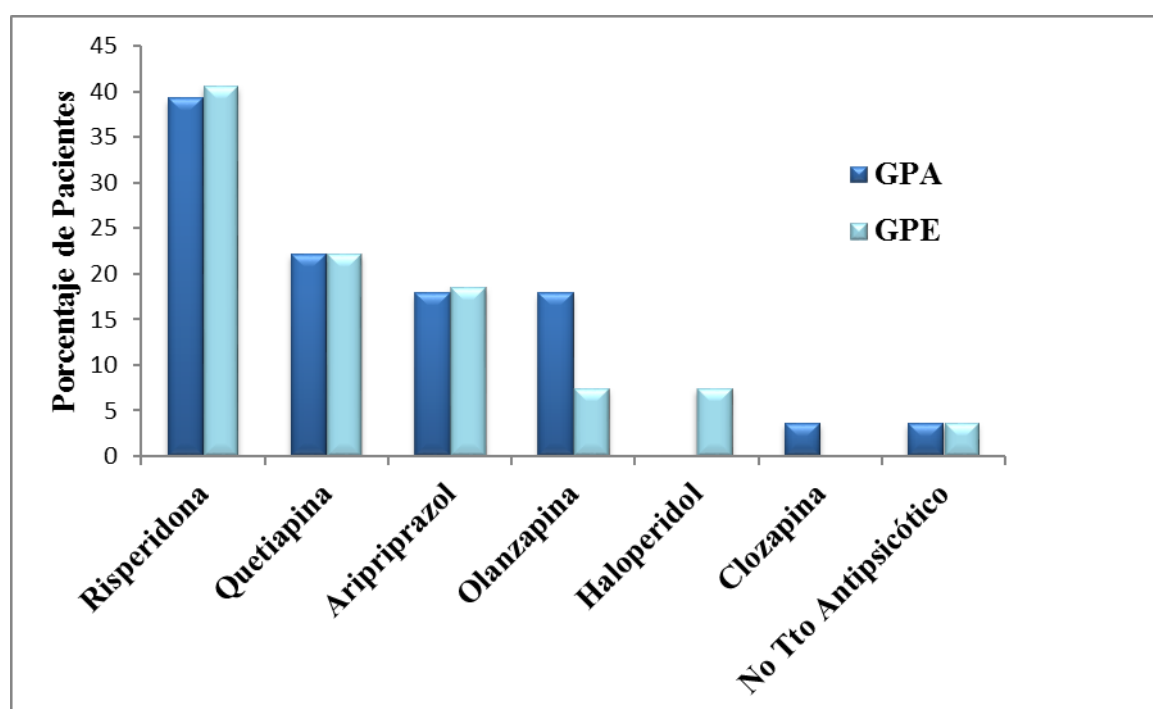


**Figura 3: Diagnóstico basal de los pacientes en los dos grupos de tratamiento**

La medicación prescrita a los participantes de ambos grupos estuvo constituida fundamentalmente por antipsicóticos de segunda generación.

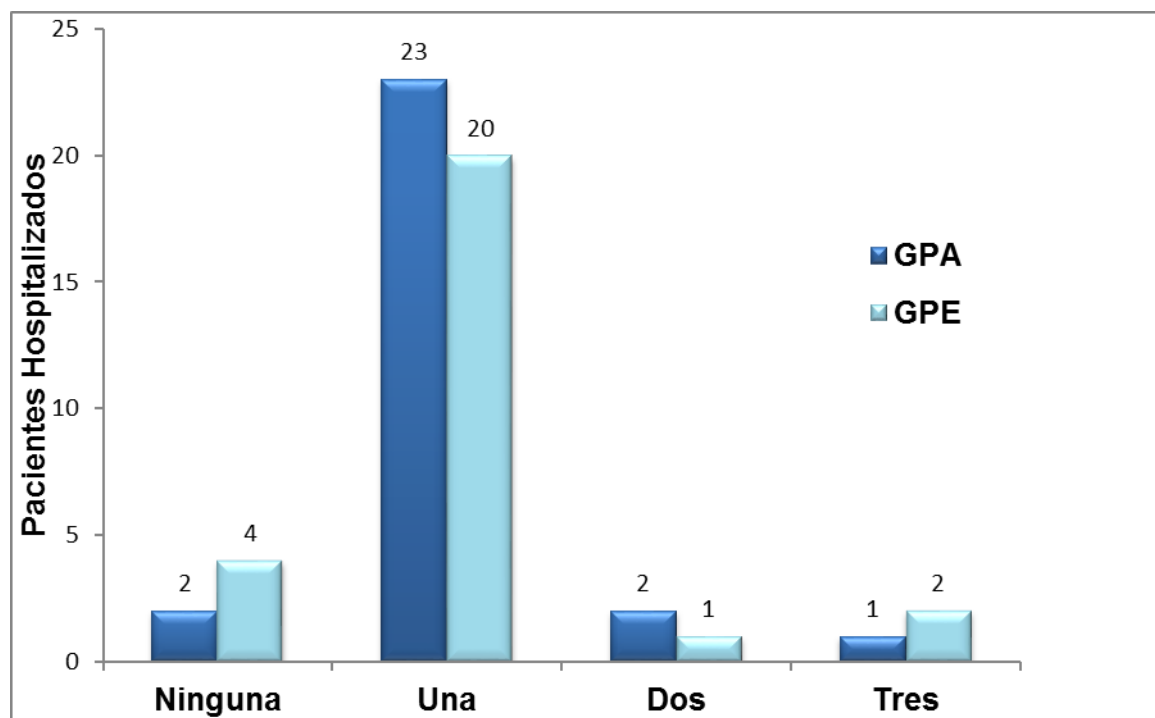
En el grupo GPE el 40.7% tomaba Risperidona, el 22.2% Quetiapina, el 18.5% Aripiprazol, el 7.4% Olanzapina, el 7.4% Haloperidol y el 3.7% no tenía prescrito ningún antipsicótico.

Del mismo modo, en el grupo GPA el 39.3% tomaba Risperidona, el 17.9% Quetiapina, 17.9% Aripiprazol, 17.9% Olanzapina, 3.6% Clozapina y 3.6% no tenía prescrito ningún antipsicótico (ver Figura 4).



**Figura 4: Tratamiento antipsicótico prescrito en los dos grupos**

De los 55 pacientes que participaron en el estudio, no todos habían tenido un único episodio psicótico o habían requerido hospitalización. En el grupo GPE, 24 habían tenido un PEP (4 de ellos no habían requerido hospitalización), 3 habían tenido episodios psicóticos previos (2 hospitalizaciones n=1 y 3 hospitalizaciones n=2). En el grupo GPA, 24 habían tenido un PEP (2 de ellos no habían requerido hospitalización), 4 habían tenido episodios psicóticos previos (1 hospitalización n=1, 2 hospitalizaciones n=2 y 3 hospitalizaciones n=1), (ver Figura 5). No hubo diferencias estadísticamente significativas en las hospitalizaciones previas entre los dos grupos.



**Figura 5: Hospitalizaciones de los participantes antes de la terapia grupal**

	<b>GPE n=27</b>	<b>GPA n=28</b>	<b>P</b>
<b>Edad:</b> Media (DE)	16.4(1.34)	16.5(1.45)	0.88
<b>Género:</b> n(%) masculino	16(59.3)	18(64.3)	0.70
<b>Raza:</b> n (%) Caucásico	25(92.6)	24(85.7)	0.14
<b>Diagnósticos:</b>			
<i>Esquizofrenia espectro</i> , n (%)	9(33.3)	13(46.4)	0.46
<i>Psicosis Afectiva</i> , n (%)	8(29.6)	9(32.1)	0.52
<i>Otras Psicosis</i> , n (%)	10(37)	6(21.4)	0.21
<b>PANSS Positiva:</b> Media (DE)	14.77(8.22)	16.92(9.10)	0.35
<b>PANSS Negativa:</b> Media (DE)	16.55(7.27)	17.03(7.42)	0.87
<b>PANSS General:</b> Media (DE)	30.51(11.16)	34.55(14.67)	0.40
<b>PANSS Total:</b> Media (DE)	61.85(23.37)	69.00(27.71)	0.50
<b>C-GAS:</b> Media (DE)	64.37(18.79)	58.46(19.02)	0.35
<b>Dosis equivalente CPZ:</b>			
Media(DE)	1107.67(4007.11)	345.28(506.16)	0.39
Risperidona, n (%)	11 (40.7%)	11 (39.3%)	
Quetiapina, n (%)	6 (22.2%)	5 (17.9%)	
Aripiprazol, n (%)	5 (18.5%)	5 (17.9%)	
Olanzapina, n (%)	2 (7.4%)	5 (17.9%)	
Haloperidol, n (%)	2 (7.4%)	0	
Clozapina, n (%)	0	1(3.6%)	
No tratamiento antipsicótico, n(%)	1(3.7%)	1(3.6%)	

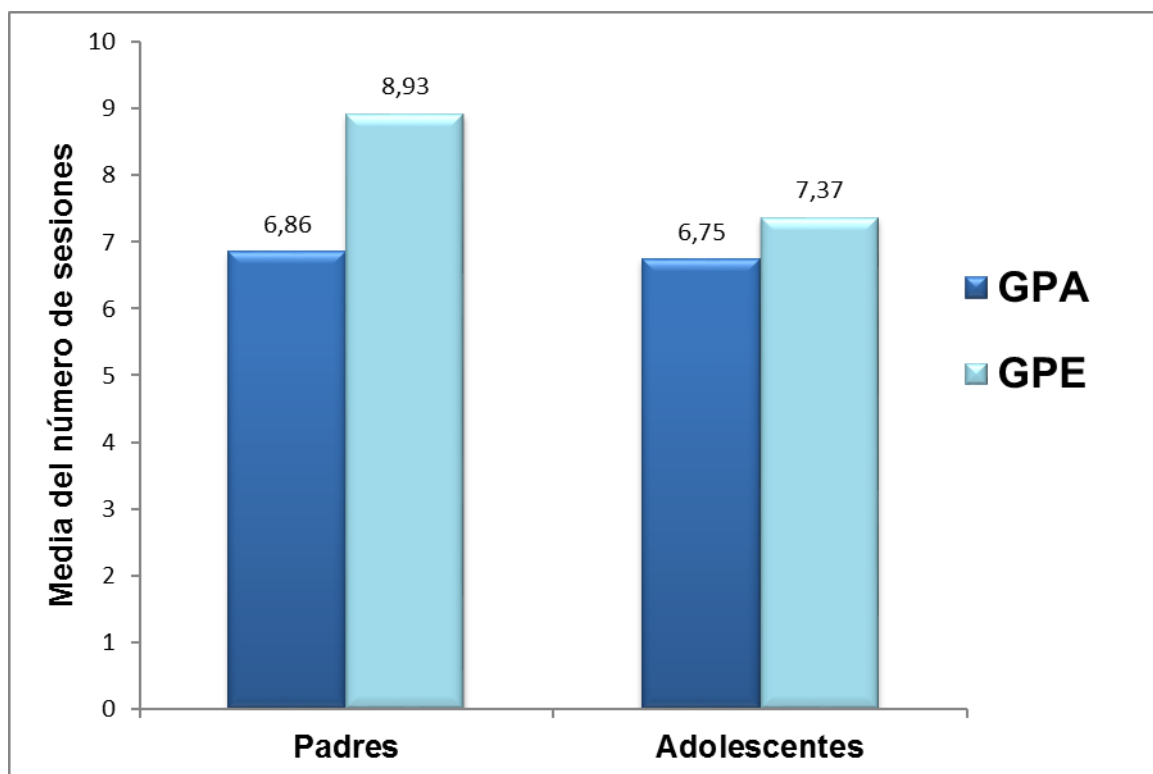
**Tabla 4. Datos sociodemográficos, clínicos y diagnóstico de los participantes**

## 6.2 Intervención grupal

La media de sesiones en el grupo GPE fue 7.37 (SD=4.7) para los adolescentes y 8.93 (SD=4.07) para los padres. En el grupo GPA la media de sesiones recibida fue 6.75 (4.94) para los adolescentes y 6.86 (SD=4.82) para los padres. No hubo diferencias estadísticamente significativas en el número medio de sesiones recibidas entre los dos grupos de tratamiento (Figura 6).

Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas en el número de participantes que completaron el tratamiento, 17(63.3%) en el grupo GPE vs. 11(39.3%) en el grupo GPA ( $\chi^2 = 3.08$ ,  $df = 1$   $p = 0.079$ ).

Parece haber una tendencia que muestra que los participantes del grupo GPA tiene menos adherencia a la terapia, un 60% los participantes del grupo GPA abandonan la terapia prematuramente frente a un 37% de participantes que abandonan la terapia en el grupo GPE.



**Figura 5: Número medio de sesiones de los participantes en los dos grupos de tratamiento**

### 6.3 Tratamiento farmacológico

No hubo diferencias en el tratamiento antipsicótico prescrito entre las dos modalidades de intervención (GPE vs GPA) en la evaluación basal (ver tabla 4). Tampoco hubo diferencias en la evaluación post-tratamiento (GPE= 234.28 [367.49]; GPA=1805.24 [7538.59];  $p=0.622$ ).

El análisis “intragrupo” muestra una reducción significativa de dosis de neuroléptico, equivalencia en CPZ (Semple 2005; Andreasen, Pressler et al. 2010), a lo largo del tratamiento en el grupo GPE, ( $z=-2.109$   $p=0.035$ ). En el grupo GPA la dosis de neuroléptico permanece estable ( $z=-1.067$   $p=0.286$ ).

De acuerdo con los resultados del HPLC, en el momento basal, en el grupo GPE, 17 (63%) pacientes estaban tomando la medicación prescrita, 9 (33.3%) no la estaban tomando y 1 de ellos (3.7%) no tenía medicación antipsicótica prescrita. En el grupo GPA, 14 pacientes (50%) estaban tomando la medicación prescrita, 6 (21.4%) no la estaban tomando, en 7 casos (25%) la muestra no fue procesada y 1 de ellos (3.6%) no tenía medicación antipsicótica prescrita.

Después del tratamiento, en el grupo GPE, de los 25 pacientes, 12 (50%) tomaba la medicación prescrita, 1 (4.2%) no la estaba tomando, en 7 casos (29.2%) la muestra no fue procesada y 4 pacientes (16.7%) no tenían prescrita medicación antipsicótica. En el grupo GPA, de los 26 pacientes, 12 (46.2%) estaban tomando la medicación prescrita, 1 (3.8%) no la estaba tomando, en 11 casos (42.3%) la muestra no fue procesada y 2 pacientes (7.7%) no tenían prescrita medicación antipsicótica.

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de estudio (GPE y GPA) en términos de adherencia al tratamiento farmacológico ni en la evaluación basal ni después del tratamiento.

#### **6.4 Variables clínicas**

Se observan diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de tratamiento en la subescala negativa de la PANSS. El grupo GPE muestra una reducción de los síntomas negativos después de la intervención comparado con el grupo GPA:

GPE (12.84 [7.87]) y GPA (15.81 [6.37]) ( $p=0.039$ ) (Tabla 5). El tamaño del efecto entre los grupos también se calculó, mostrando una mejora moderada en los síntomas negativos ( $r^2=0.41$ ).

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de intervención (GPE vs GPA) en la subescala positiva de la PANSS, ni en la Total, ni en la C-GAS (Tabla 5).

Con el análisis “intragrupo”, en el grupo GPE también se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la subescala positiva de la PANSS ( $z=-2.297$   $p=0.022$ ), en la subescala negativa de la PANSS ( $z=-2.488$   $p=0.013$ ) y en la escala total de la PANSS ( $z=-2.608$   $p=0.026$ ), del mismo modo, aumenta el funcionamiento C-GAS

( $z=-2.059$   $p=0.039$ ) entre los dos momentos de evaluación, pre y post tratamiento.

Como en el grupo GPE, dentro del grupo GPA se observan diferencias estadísticamente significativas entre los dos momentos de evaluación pre y post tratamiento: aumenta el funcionamiento C-GAS ( $z=-2.115$   $p=0.039$ ), se reducen los síntomas positivos ( $z=-2.73$   $p=0.006$ ) y la escala Total de la PANSS ( $z=-2.65$

p=0.009). Sin embargo, no se encuentra una reducción en la subescala negativa de la PANSS ( $z=-1.41$  p=0.254).

	<b>Pre-tratamiento</b>	<b>Post-tratamiento</b>	<b>P valor</b>	<b>Diferencia entre GPE y GPA (p-valor)</b>
<i>PANSS Positiva</i>				
GPE (Media, DE)	14.77(8.22)	10.72(14.33)	*	0.163 <sup>b</sup>
GPA (Media, DE)	16.92(9.10)	11.77(3.93)	c*	
<i>PANSS Negativa</i>				
GPE (Media, DE)	16.55(7.27)	12.84(7.87)	c*	<b>0.039<sup>bc</sup></b>
GPA (Media, DE)	17.03(7.42)	15.81(6.37)	0.250	
<i>PANSS Total</i>				
GPE (Media, DE)	61.85(23.37)	50.29(19.28)	c*	0.264 <sup>b</sup>
GPA (Media, DE)	69.00(27.71)	55.35(17.39)	c*	
<i>C-GAS</i>				
GPE (Media, DE)	64.37(18.79)	73.92(14.33)	c*	0.163 <sup>b</sup>
GPA (Media, DE)	58.46(19.02)	66.31(15.23)	c*	

:Wilcoxon. <sup>b</sup>: U Mann-Whitney test. \*: Valor significativo p<0.05

**Tabla 5. Variables clínicas**

## 6.5 Recaídas

No hubo diferencias estadísticamente significativas en la evaluación basal, en número de ingresos, días de hospitalización y visitas a urgencias, entre las dos modalidades de intervención (GPE vs GPA).

Después del tratamiento, los pacientes en el grupo GPE presentaron menos visitas a urgencias ( $\chi^2 = 3.62$ ,  $df= 1$   $p=0.039$ ). El tamaño del efecto entre los grupos con respecto a las visitas a urgencias presentó un tamaño del efecto medio ( $r'=0.42$ ). Del mismo modo, hubo una tendencia significativa, que muestra una diferencia entre los dos grupos de estudio en el número de hospitalizaciones pos tratamiento, un 11% de los pacientes en el grupo GPE tiene ingresos durante el tratamiento, frente al 32% de los pacientes en el grupo GPA ( $\chi^2 = 4.24$ ,  $df= 1$   $p=0.057$ ).

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en el número de días ingresados durante el tratamiento  $p=0.412$  (Tabla 6).

	POST-TRATAMIENTO		
Recaídas	GPE n=25	GPA n=26	P valor
Pacientes hospitalizados, n(%)	3 (11.1)	9 (32.1)	0.057
Nº días hospitalizados, Media (SD)	4.08(13.03)	7.42(13.64)	0.142 <sup>b</sup>
Pacientes acuden Urgencias, n(%)	4 (14.8)	11 (39.3)	<b>0.039</b> *

: chi Cuadrado test. <sup>b</sup>: U Mann-Whitney test. \*: Valor significativo  $p<0.05$

**Tabla 6. Recaídas**

## 6.6 Clima familiar

Las puntuaciones de los pacientes en clima familiar pre y pos tratamiento se encuentran en la Tabla 7.

Encontramos diferencias postratamiento entre los dos grupos de estudio en la subescala de la FES “Social Recreativo” que evalúa participación en actividades sociales,

GPE= 61.43(7.37) y GPA= 55.76(7.36)  $p=0.035$ . El tamaño del efecto entre los grupos también se calculó, mostrando una mejora moderada en actividad social ( $r' = 0.51$ ).

FES Media (DE)	PRE-TRATAMIENTO			POST-TRATAMIENTO		
	GPE	GPA	P valor	GPE	GPA	P valor
Cohesión	44.35(7.57)	41.74(10.20)	0.519 <sup>b</sup>	44.50 (7.27)	43.00(9.50)	0.687 <sup>b</sup>
Expresividad	49.35(9.73)	48.17(9.95)	0.638 <sup>b</sup>	49.13(8.99)	46.41(9.73)	0.389 <sup>b</sup>
Conflicto	52.52(7.32)	55.61(10.34)	0.276 <sup>b</sup>	51.13 (7.59)	54.11(9.82)	0.352 <sup>b</sup>
Autonomía	46.13(9.72)	44.35(10.18)	0.623 <sup>b</sup>	47.44(8.54)	49.00(6.59)	0.618 <sup>b</sup>
Actuación	45.48(9.10)	50.09(6.61)	0.051 <sup>b</sup>	47.27(5.95)	49.59(8.41)	0.535 <sup>b</sup>
Intelectual- Cultural	49.43(10.21)	46.43(9.35)	0.321 <sup>b</sup>	48.81(12.75)	49.76(8.18)	0.584 <sup>b</sup>
Social- recreativo	55.57(8.14)	55.09(7.89)	0.713 <sup>b</sup>	61.43 (7.37)	55.76(7.36)	<b>0.035<sup>b*</sup></b>
Moralidad- Religiosidad	45.09(8.11)	48.13(8.07)	0.320 <sup>b</sup>	47.75(6.71)	45.76(10.45)	0.336 <sup>b</sup>
Organización	47.52(10.59)	46.83(11.62)	0.982 <sup>b</sup>	50.56(8.39)	47.29(10.28)	0.463 <sup>b</sup>
Control	50.52(8.19)	51.74(7.82)	0.582 <sup>b</sup>	49.31(7.63)	52.88(7.44)	0.191 <sup>b</sup>

<sup>b</sup>: U Mann-Whitney test. \* : Valor significativo  $p < 0.05$

**Tabla 7. Clima familiar percibido por los adolescentes**

No encontramos diferencias entre los dos grupos de estudio en el clima familiar evaluada en los padres, ni antes ni después de la intervención (Tabla 8).

FES Media(DE)	PRE-TRATAMIENTO			POST-TRATAMIENTO		
	GPE	GPA	P	GPE	GPA	P
Cohesión	45.16(9.26)	41.74(12.39)	0.312 <sup>b</sup>	43.04 (10.91)	43.33 (10.02)	0.999 <sup>b</sup>
Expresividad	50.81(11.55)	48.46(12.10)	0.355 <sup>b</sup>	46.75 (13.03)	48.75 (11.89)	0.643 <sup>b</sup>
Conflicto	49.31(9.61)	49.08(12.13)	0.605 <sup>b</sup>	52.42(10.32)	47.63 (7.52)	0.081 <sup>b</sup>
Autonomía	43.37(11.70)	40.64(13.26)	0.470 <sup>b</sup>	42.13(11.57)	45.92 (10.62)	0.343 <sup>b</sup>
Actuación	45.00(11.26)	43.08(9.84)	0.346 <sup>b</sup>	43.54(10.84)	43.88 (9.62)	0.865 <sup>b</sup>
Intelectual- Cultural	52.66(13.41)	48.46(14.35)	0.222 <sup>b</sup>	52.45 (12.77)	54.50(11.49)	0.737 <sup>b</sup>
Social- Recreativo	57.32(10.84)	54.12(9.69)	0.178 <sup>b</sup>	56.00(10.40)	57.00 (8.39)	0.753 <sup>b</sup>
Moralidad- Religiosidad	48.84(9.71)	49.61(10.64)	0.967 <sup>b</sup>	45.50(8.83)	49.25 (7.60)	0.157 <sup>b</sup>
Organización	48.03(11.04)	49.30(12.89)	0.693 <sup>b</sup>	46.33 (10.87)	52.13 (10.44)	0.544 <sup>b</sup>
Control	49.92(10.08)	51.26(10.68)	0.417 <sup>b</sup>	53.92(10.35)	48.54 (12.58)	0.478 <sup>b</sup>

<sup>b</sup>: U Mann-Whitney test

**Tabla 8. Clima familiar percibido por los padres**

# DISCUSIÓN





## 7. DISCUSIÓN

### 7.1 Prevención de recaídas

1. *Una intervención grupal de orientación psicoeducativa en paralelo, para adolescentes con PIT y sus familiares, añadida al tratamiento al uso que los adolescentes con PIT reciben, influirá en una mejor evolución de la enfermedad, lo que se expresará en una menor frecuencia de visitas a urgencias, un menor número de ingresos hospitalarios y una disminución del número de días totales de ingreso a lo largo de los 9 meses de tratamiento, comparándola con una intervención grupal de apoyo no estructurada.*

Los participantes del grupo de orientación psicoeducativa mostraron una reducción significativa en las visitas a urgencias a lo largo del seguimiento con respecto a los participantes del grupo control. Estas diferencias estadísticamente significativas no se observaron en el número de hospitalizaciones ni en el número total de días de ingreso. Estudios “naturalísticos” de seguimiento a largo plazo han demostrado que el curso inicial de la psicosis se caracteriza por recaídas. Hasta el 80% de los pacientes con un PEP experimentan una recaída dentro de los 5 años siguientes a la remisión del episodio inicial (Wiersma, Nienhuis et al. 1998; Robinson, Woerner et al. 1999; Gitlin, Nuechterlein et al. 2001; Robinson, Woerner et al. 2005).

Desde un punto de vista fisiológico y morfológico, las recaídas se correlacionan con la pérdida de sustancia gris que, además de los evidentes efectos directos contra la funcionalidad del cerebro, también puede reducir la eficacia de la medicación antipsicótica (Ho, Andreasen et al. 2003; Arango, Rapado-Castro et al. 2012).

Además, las recaídas suelen ir unidas a una re-hospitalización, lo que puede interferir con el desarrollo social y profesional de los jóvenes (Penn, Waldheter et al. 2005). Por todas estas razones, los programas de intervención temprana en PEP prestan especial atención a la reducción del número y de la gravedad de las recaídas.

Un reciente meta-análisis sobre la eficacia de todas las intervenciones disponibles para la prevención de recaídas en personas jóvenes que han experimentado un PEP, observó que los programas especializados para PEP fueron más eficaces en la prevención de recaídas que el tratamiento habitual (Alvarez-Jimenez, Parker et al. 2011). Estos programas especializados, suelen ser programas asertivos comunitarios (terapia cognitivo-conductual, medicación, apoyo familiar), que incluyen una combinación de intervenciones en las que los grupos psicoeducativos familiares son un componente fundamental (Craig and Norman 2004; Bertelsen, Jeppesen et al. 2008). Quizá, sea esa combinación de elementos específicos lo que los hace más eficaces, ya que, cuando en los estudios se comparaba la eficacia de dos modalidades de intervención aisladas (sin estar integrados en un paquete de tratamiento más amplio) en la prevención de recaídas, era difícil encontrar diferencias entre las dos modalidades de intervenciones psicológicas (Tarrier, Lewis et al. 2004; Jackson, McGorry et al. 2008), aunque en general, las intervenciones psicológicas específicas eran más eficaces que el tratamiento habitual.

En otro reciente meta-análisis cuando comparan los pacientes tratados en programas especializados en PEP vs aquellos pacientes tratados en servicios con un tratamiento estándar el ratio de recaídas de estos pacientes fue de 20% vs 29%; 34% vs 50%; 29% vs 43% en el seguimiento a 1, 1.5 y 2 años respectivamente (Alvarez-Jimenez, Priede et al. 2012).

En nuestro estudio, los pacientes que participaron en el grupo GPE, mostraron un menor número de visitas a urgencias que los pacientes del grupo GPA. La intervención grupal estructurada GPE se diseñó específicamente para capacitar a las familias en la toma de decisiones para la resolución de conflictos, con el fin de hacer frente a las situaciones de crisis de manera más eficiente. Por otra parte, la intervención del grupo GPA fue también una intervención psicológica, pero no contaba con un diseño específico y era más un grupo de apoyo, donde probablemente los pacientes y sus familias encuentran un lugar para liberar su frustración y expresar sus emociones negativas. Este resultado sugiere que una intervención grupal de orientación psicoeducativa ayuda a los pacientes y a sus familias a manejar las crisis a través de la aplicación adecuada del modelo de solución de problemas. Enseñar a los pacientes y sus familias a anticipar crisis, mediante la identificación temprana de los pródromos y los síntomas más específicos, aplicar la resolución constructiva de problemas y mantener un clima familiar sereno, son las metas principales del tratamiento GPE.

Con respecto al número de hospitalizaciones después del tratamiento, observamos una importante tendencia hacia la significación estadística, que indicaba que los participantes del grupo GPE presentaron menos hospitalizaciones durante el periodo de tratamiento, lo que tal vez pudiera resultar de interés clínico, incidiendo en aspectos como los comentados en el párrafo anterior. Sin embargo, el hecho de que en nuestro estudio no se encontrasen esas diferencias estadísticamente significativas que esperábamos entre los grupos GPE y GPA durante el seguimiento, podría estar relacionado con el corto periodo de seguimiento hasta el momento de la evaluación y a que, tal vez, el tamaño de la muestra haya resultado insuficiente. Esta reflexión invita a pensar que el seguimiento de estos pacientes podría arrojar en el futuro más

luz sobre este aspecto que, resultaría muy importante para la confirmación de la tendencia observada y la reafirmación de los resultados obtenidos con respecto al número de visitas a urgencias.

## 7.2 Síntomas Positivos, Negativos y Funcionamiento

*2. Los pacientes del grupo experimental presentarán menos síntomas de la enfermedad, medido con la PANSS, y un mejor funcionamiento global, medido con la C-GAS, que los pacientes del grupo control.*

Las principales dimensiones psicopatológicas de las psicosis han señalado tradicionalmente la existencia de síntomas positivos, síntomas negativos y psicopatología general, menos específica (Kay, Fiszbein et al. 1987). Estos síntomas pueden influir de forma notable en el funcionamiento global de la persona que sufre un trastorno psicótico (Rabinowitz, Berardo et al. 2013). Más concretamente en un reciente estudio longitudinal de la relación entre los síntomas y la recuperación psicosocial en pacientes con un PEP, encuentran que la remisión de los síntomas positivos y negativos en el seguimiento a 8 meses predice la recuperación funcional a los 14 meses, y aquellos que tienen una remisión de los síntomas negativos a los 14 meses tienen una probabilidad 2.4 veces mayor de tener una recuperación funcional completa en el seguimiento a 7.5 años que aquellos que mantienen los síntomas negativos. La remisión de los síntomas positivos en los diferentes momentos no predice la recuperación funcional al final del seguimiento (Alvarez-Jimenez, Gleeson et al. 2012).

En nuestro estudio, los participantes del grupo GPE mostraron una mejoría significativa de los síntomas negativos tras la intervención, en comparación con los participantes del grupo GPA. No hubo diferencias entre los grupos en sintomatología positiva ni en funcionamiento global.

Observamos que, tras la intervención grupal, todos los pacientes independientemente de la modalidad de intervención en la que participaban, mejoraban en los síntomas positivos y el funcionamiento global, pero sólo los que participaron en el grupo GPE mejoraban en la sintomatología negativa tras la intervención.

Los síntomas negativos están asociados con las recaídas, con mal funcionamiento social y ocupacional y con deterioro cognitivo (Hamilton, Ponzoha et al. 1989; Fenton and McGlashan 1991). Históricamente, los síntomas negativos han estado en el foco de los principales tratamientos empleados en las psicosis, tanto farmacológicos como no farmacológicos, por su inmovilidad y escasa respuesta terapéutica (Edwards, McGorry et al. 1999). Es por esta razón que este resultado arroja luz acerca del tipo de intervenciones que puede tener efecto en esta sintomatología y dota a este trabajo de una trascendencia alta en cuanto a los nuevos enfoques de tratamiento. La disminución de los síntomas negativos en los pacientes en el grupo GPE sugiere que las intervenciones psicoterapéuticas estructuradas pueden ser útiles para la reducción de estos síntomas extremadamente resistentes a los tratamientos farmacológicos. Otros estudios que evaluaron intervenciones estructuradas como la TCC para PEP (Edwards, Cocks et al. 2011) y grupos multifamiliares de pacientes con esquizofrenia (Dyck, Short et al. 2000) replican esta hipótesis.

### 7.3 Clima familiar

*3. Las familias y los pacientes del grupo experimental mostrarán mejor clima familiar, medido con la FES, tras la intervención grupal de orientación psicoeducativa que las familias y los pacientes del grupo control que reciben una intervención grupal de apoyo no estructurada.*

Sufrir una enfermedad mental puede tener efectos devastadores sobre los jóvenes, ya que la adolescencia es una etapa pivote en la vida, en la que se deben desarrollar ciertas habilidades que repercutirán en la vida adulta. Entre las tareas importantes a desarrollar en los adolescentes se incluye la socialización con amigos, ir al colegio y buscar una vocación. Para aquellos que sufren una enfermedad mental grave, algunas de estas metas del desarrollo se ven interrumpidas (Addington J 2004).

El hecho de que, en nuestro estudio, los adolescentes del grupo GPE, mejorasen más tras la intervención en actividades sociales que el grupo GPA, puede indicar que a los adolescentes, una intervención grupal de orientación psicoeducativa les ayuda a desarrollar sus capacidades para involucrarse en actividades recreativas y mantener el contacto con amigos y familia. Todo ello podría influir en la esperanza vital y el aumento tanto del auto-concepto como del funcionamiento social (Albiston, Francey et al. 1998). Indica además, que las familias podrían estar aplicando algunas de las enseñanzas del grupo GPE: "Hay vida más allá de la enfermedad y los problemas". Al mismo tiempo, la orientación psicoeducativa y la estructura de la modalidad GPE fomentan proactivamente la participación en actividades recreativas, así como el contacto con amigos y con la familia más extensa.

En nuestro programa grupal, psicoeducación significa no sólo proporcionar un manual que contiene información y estrategias para resolver problemas sobre el manejo de la enfermedad. Si no que se trata de ir más allá y facilitar que la gente piense y se relacione con su entorno de una manera más adaptativa, tratando de señalar la necesidad de apoyo, especialmente cuando algo malo está pasando. Por esta razón, este resultado es especialmente importante y puede ser un ejemplo de la reducción del estigma de la enfermedad mental, que podría conducir hacia la ansiada recuperación funcional.

No hemos encontrado diferencias en la percepción del clima familiar en los padres entre los dos grupos de tratamiento (GPE vs GPA) después de la intervención. Tal vez, la primera exposición directa a los síntomas de la enfermedad mental es difícil de comprender para las familias y se necesita un período más largo de evaluación para detectar las transformaciones en el entorno familiar. Las investigaciones con intervenciones familiares breves en otros trastornos mentales graves muestran resultados similares (Barrett, Healy-Farrell et al. 2004).

El entorno familiar en este estudio tiene la intención de ser un indicador de la comunicación familiar y la expresión general de las emociones en el contexto familiar. Anteriores investigaciones indican que algunas estrategias implementadas por los miembros de la familia con el fin de controlar los síntomas del paciente, no sólo son ineficaces sino que también pueden conducir a una angustia adicional. El auto-sacrificio ("Vivir mi vida para cuidar a mi hijo") es un ejemplo de esto (McNab, Haslam et al. 2007).

A veces, los conflictos familiares son el resultado del esfuerzo de los miembros de la familia por comprender el extraño comportamiento de sus hijos. Los familiares pueden renunciar a los contactos sociales y al empleo, lo que da lugar al aislamiento y

a dificultades económicas. Además, la mayoría de los jóvenes con una enfermedad mental viven con sus familiares, que se convierten en los principales cuidadores. Por todo ello, es de suma importancia la participación de los padres en el tratamiento y cuidado de sus hijas e hijos en los programas de PEP y puede también explicar la falta de diferencias observadas en clima familiar entre las dos modalidades de intervención. Realmente parece ser que los dos grupos de intervención están conteniendo a los padres y les está dando un apoyo en estos momentos de la enfermedad.

## 7.4 Discusión general

Este es el primer estudio en nuestro país que evalúa la efectividad de una intervención grupal de orientación psicoeducativa para adolescentes con PIT y sus familiares, llevada a cabo en dos grupos separados, en paralelo. Además, para realizar tal evaluación, se ha comparado con otra intervención probablemente efectiva, similar a la anteriormente mencionada en todo excepto: en la estructura de implementación de las sesiones, el material de referencia para los grupos y aspectos cualitativos como la actitud de los terapeutas en su relación con los participantes. Ambas intervenciones se llevaron a cabo dentro de un servicio especializado en adolescentes con PIT en el que los adolescentes reciben atención continuada desde el ingreso en la unidad de agudos hasta el alta en las consultas externas por un psiquiatra infanto-juvenil, como clínico de referencia para el caso.

Este estudio es pionero en términos tanto de investigación, con la evaluación de la efectividad de una modalidad de intervención, como de aplicación clínica, con el desarrollo y adaptación para adolescentes con PIT y sus familias de una intervención psicoeducativa grupal centrada en las estrategias de resolución de problemas.

El presente trabajo muestra que la evolución a corto plazo del curso de la enfermedad mejora en adolescentes con PIT mediante la aplicación de una terapia grupal de orientación psicoeducativa. Los resultados sugieren que dicha intervención, ayuda a los pacientes adolescentes y sus familias a mejorar la gestión de las crisis, mejora los síntomas negativos y aumenta la participación en las actividades sociales. La modalidad GPE fue claramente más eficaz para lograr lo anteriormente mencionado en comparación con otra intervención grupal de apoyo no estructurada, GPA. Nuestros resultados sugieren que la intervención psicoeducativa reduce el número de

contactos con los servicios de urgencia, posiblemente a través de estrategias de resolución de problemas aplicados dentro del contexto familiar. Muchos de los dilemas que los adolescentes traen a los grupos se relacionan con cuestiones que se presentan en la familia y en el contexto social. En nuestra experiencia, la mayoría de los adolescentes tienen dificultades en su entorno social y las respuestas iniciales que presentan suelen ser de evitación y aislamiento. El trabajo en el grupo GPE, consistente en definir claramente los dilemas, evaluar otras posibles opciones y, finalmente, implementar una tarea concreta. Esto puede ayudarles a encontrar formas más constructivas de hacer frente a los problemas, lo que al mismo tiempo puede producir un aumento en su actividad social y una mejoría de los síntomas negativos típicos de la enfermedad. Lo que apoyaría las hipótesis de otros trabajos previos (McFarlane, Dixon et al. 2003) de la importancia del formato grupal, la resolución de problemas y la psicoeducación de la familia como componentes importantes en los tratamientos. Estos argumentos pueden resultar de suma importancia en la práctica clínica, ya que, conducen a una recuperación social y funcional que podría desempeñar un papel crucial en el futuro laboral de los adolescentes.

## **7.5 Fortalezas, limitaciones, implicaciones clínicas y líneas de investigación futuras**

Este estudio presenta varias fortalezas, entre las que se encuentra fundamentalmente la validez metodológica. Se trata de un estudio aleatorizado, con evaluadores ciegos y con los mismos terapeutas para ambas modalidades de intervención.

Además, nuestro programa garantiza la adherencia de los terapeutas al modelo de intervención, pues las sesiones fueron grabadas en vídeo, los vídeos de las sesiones evaluados y los terapeutas supervisados por un especialista con amplia experiencia, que ejerció de supervisor externo para asegurar el cumplimiento del modelo.

Sin embargo, los resultados de este estudio han de interpretarse con prudencia en base a las siguientes limitaciones:

En primer lugar, los indicadores utilizados para evaluar la prevención de recaídas (como el número de ingresos o las escalas cuantitativas de síntomas) podrían no ser lo suficientemente amplias como para medir el impacto global sobre el funcionamiento psicosocial que una intervención grupal puede tener. En los estudios futuros se abordará esta cuestión incluyendo cuestionarios de habilidades o calidad de vida e incluso se llevará a cabo una investigación cualitativa.

En segundo lugar, el periodo de seguimiento de los pacientes se realizó a corto plazo, es decir, se evaluó a los participantes inmediatamente antes e inmediatamente después del tratamiento. Los efectos a largo plazo de la intervención podrían ayudar a arrojar luz sobre estos resultados, por lo que se hará un seguimiento de los participantes a dos años tras la intervención terapéutica, para poder observar si estos resultados se

mantienen una vez finalizada la intervención y posteriormente podría valorarse cómo de duradero resulta este efecto.

En tercer lugar, el pequeño tamaño de la muestra puede haber favorecido el que no se encontraran más diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, a pesar de las tendencias clínicas observadas hacia mejores resultados en el grupo GPE.

Por último, a pesar de la supervisión externa y el uso de un cuestionario de competencia y adherencia al modelo, no se obtuvo el índice de fiabilidad entre los evaluadores externos y el *goldstandar*, o supervisor externo, si no que en cada supervisión se llegaba a un consenso.

Los resultados del presente estudio demuestran que una intervención grupal de orientación psicoeducativa podría ayudar a los adolescentes con PIT y sus familiares a manejar las crisis, disminuir los síntomas negativos y aumentar la implicación de los adolescentes en actividades sociales. Esto puede ser de suma importancia en la práctica clínica, ya que precede a la recuperación social y funcional.

Por último este estudio deja abiertas nuevas líneas de investigación e intervención; teniendo en cuenta estos buenos resultados, es de suma importancia adaptar y aplicar los modelos psicoeducativos, no sólo en centros de salud mental, sino también en los centros educativos y juveniles, con el fin de prevenir y tratar adecuadamente a los niños y adolescentes con PIT o en riesgo de tener un PEP (McFarlane, Cook et al. 2010).

Por otro lado, teniendo en cuenta los buenos resultados en otros programas (Bertelsen, Jeppesen et al. 2008), se revisará y adaptará el programa psicoeducativo para convertirse en un paquete de tratamiento integrador, en el que los grupos de orientación psicoeducativa constituyan una sección importante, pero no la única, lo que daría lugar a un enfoque más integral y mejor adaptado al tratamiento de las fases

tempranas de la psicosis. Para ello se incluirán *workshops* multifamiliares, en el que además de los adolescentes con un PIT y sus padres, se dará cabida también a los hermanos de los adolescentes (Bowman, Alvarez-Jimenez et al. 2013) así como a jóvenes y familiares que hayan finalizado la intervención grupal y se encuentren en otra fase de la enfermedad, *peer-support* (Leggatt 2007). En el futuro, estos programas podrán hacer uso y evaluar la eficacia de las nuevas tecnologías, como las intervenciones *online*, con el fin de tener una mejora en los servicios especializados de PEP, acercándolos a la realidad de las jóvenes que son susceptibles de sufrirlos (Alvarez-Jimenez, Bendall et al. 2013).

# CONCLUSIONES





## 8. CONCLUSIONES

1. Una intervención grupal de orientación psicoeducativa, para adolescentes con psicosis de inicio temprano y sus familiares en paralelo, basada en la resolución de problemas, de nueve meses de duración y frecuencia quincenal, reduce las visitas a urgencias de los participantes durante el tiempo en el que se lleva a cabo la intervención, en comparación con una intervención grupal de apoyo no estructurada.
2. La intervención grupal de orientación psicoeducativa mejora los síntomas negativos en pacientes adolescentes con psicosis de inicio temprano tras nueve meses de tratamiento.
3. La actividad social de adolescentes con psicosis de inicio temprano mejora mediante una psicoterapia grupal de orientación psicoeducativa de nueve meses de duración.



# BIBLIOGRAFÍA





**BIBLIOGRAFÍA**

- AACAP (2000). "AACAP official action. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry." J Am Acad Child Adolesc Psychiatry **39**(12): 1580-1582.
- Addington J, A. D. (2004). Psychosocial interventions in early psychosis. Best Care in Early Psychosis Intervention: Global Perspectives. M. G. In Ehmann T, Honer WG, eds. United Kingdom, Taylor and Francis Group. **233–40**.
- Addington, J., Burnett, P. (2004). Trabajar con las familias en las primeras fases de la psicosis. Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. J. Gleeson, McGorry, PD. Bilbao, Descleé.
- Albiston, D. J., S. M. Francey, et al. (1998). "Group programmes for recovery from early psychosis." The British Journal of Psychiatry-Supplementary material **172**(33): 117-121.
- Alvarez-Jimenez, M., S. Bendall, et al. (2013). "On the HORIZON: moderated online social therapy for long-term recovery in first episode psychosis." Schizophrenia Research **143**(1): 143-149.
- Alvarez-Jimenez, M., J. F. Gleeson, et al. (2012). "Road to full recovery: longitudinal relationship between symptomatic remission and psychosocial recovery in first-episode psychosis over 7.5 years." Psychol Med **42**(3): 595-606.
- Alvarez-Jimenez, M., A. G. Parker, et al. (2011). "Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis." Schizophrenia Bulletin **37**(3): 619-630.
- Alvarez-Jimenez, M., A. Priede, et al. (2012). "Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies." Schizophr Res **139**(1-3): 116-128.
- Anderson, C. M., G. E. Hogarty, et al. (1980). "Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach." Schizophrenia Bulletin **6**(3): 490-505.
- Andreasen, N. C., M. Pressler, et al. (2010). "Antipsychotic dose equivalents and dose-years: a standardized method for comparing exposure to different drugs." Biol Psychiatry **67**(3): 255-262.
- APA, Ed. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Disorders, 4th ed. (DSMIV). Washington D.C., American Psychiatric Association.
- Arango C, Ed. (2004). Estrategias de intervención temprana en esquizofrenia. Madrid, Tratado de la psicosis. Psiquiatría global. Bibliotecas Aula Médica. Grupo Aula Médica, S. L
- Arango, C., M. Rapado-Castro, et al. (2012). "Progressive brain changes in children and adolescents with first-episode psychosis." Arch Gen Psychiatry **69**(1): 16-26.
- Arango, C. B., I. (2002). Esquizofrenia: ¿Proceso atrófico, del desarrollo o ambos?". Ciclo vital y trastornos psiquiátricos graves. P. P. e. ). Madrid, Aula Médica: 37-55.
- Ballageer, T., A. Malla, et al. (2005). "Is adolescent-onset first-episode psychosis different from adult onset?" J Am Acad Child Adolesc Psychiatry **44**(8): 782-789.

- Barrett, P., L. Healy-Farrell, et al. (2004). "Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial." J Am Acad Child Adolesc Psychiatry **43**(1): 46-62.
- Bateson, G. (1956). "Communication in occupational therapy." Am J Occup Ther **10**(4 Part 2): 188.
- Bauml, J., G. Pitschel-Walz, et al. (2007). "Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study." Journal of Clinical Psychiatry **68**(6): 854-861.
- Bellack, A. S. (2004). "Skills training for people with severe mental illness." Psychiatr Rehabil J **27**(4): 375-391.
- Bertelsen, M., P. Jeppesen, et al. (2008). "Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial." Archives of General Psychiatry **65**(7): 762-771.
- Birchwood, M. (2000). "Early intervention and sustaining the management of vulnerability." Aust N Z J Psychiatry **34** Suppl: S181-184.
- Birchwood, M. and S. P. Singh (2013). "Mental health services for young people: matching the service to the need." Br J Psychiatry Suppl **54**: s1-2.
- Birchwood, M., P. Todd, et al. (1998). "Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis." Br J Psychiatry Suppl **172**(33): 53-59.
- Bird, V., P. Premkumar, et al. (2010). "Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review." Br J Psychiatry **197**(5): 350-356.
- Bora, E. and R. M. Murray (2013). "Meta-analysis of Cognitive Deficits in Ultra-high Risk to Psychosis and First-Episode Psychosis: Do the Cognitive Deficits Progress Over, or After, the Onset of Psychosis?" Schizophr Bull.
- Bowman, S., M. Alvarez-Jimenez, et al. (2013). "Forgotten family members: the importance of siblings in early psychosis." Early Interv Psychiatry.
- Cohen, J., Ed. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. New York, Academic Press.
- Colom, F., E. Vieta, et al. (2003). "A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission." Arch Gen Psychiatry **60**(4): 402-407.
- Colom, F., E. Vieta, et al. (2009). "Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial." Br J Psychiatry **194**(3): 260-265.
- Corrigan, P. W., Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E., Solomon, P. (2008). The Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach. New York, Guilford.
- Craig, T. and F. Norman (2004). "An unlikely grouping? The vision of CHILL. Cooperation between independent health libraries in London." Health Information and Libraries Journal **21** Suppl 1: 58-61.
- Craig, T. K., P. Garety, et al. (2004). "The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis." BMJ **329**(7474): 1067.
- Cullberg, J. (2003). "Stressful life events preceding the first onset of psychosis. An explorative study." Nord J Psychiatry **57**(3): 209-214.

- Dyck, D. G., R. A. Short, et al. (2000). "Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups." Psychiatr Serv **51**(4): 513-519.
- Edwards, J., J. Cocks, et al. (2011). "Randomized Controlled Trial of Clozapine and CBT for First-Episode Psychosis with Enduring Positive Symptoms: A Pilot Study." Schizophrenia Research Treatment **2011**: 394896.
- Edwards, J., K. Elkins, et al. (2006). "Randomized controlled trial of a cannabis-focused intervention for young people with first-episode psychosis." Acta Psychiatr Scand **114**(2): 109-117.
- Edwards, J., D. Maude, et al. (2002). "A service response to prolonged recovery in early psychosis." Psychiatr Serv **53**(9): 1067-1069.
- Edwards, J. and P. D. McGorry (2002). Implementing Early Intervention in Psychosis: A Guide to Establishing Early Psychosis Services. Londres: Dunitz.
- Edwards, J., P. D. McGorry, et al. (1999). "Enduring negative symptoms in first-episode psychosis: comparison of six methods using follow-up data." Schizophr Res **40**(2): 147-158.
- EPPIC, Ed. (1997). Working with families in Early Psychosis. Victoria, Australia, Psychiatric Services Branch, Human Services.
- Ezpeleta, L., Granero, R., de la Osa, N., (1999). "Evaluación del deterioro en niños y adolescentes a través de la Children's Global Assessment Scale (CGAS)." Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil **1**: 18-26.
- Falloon, I. R., J. L. Boyd, et al. (1982). "Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study." N Engl J Med **306**(24): 1437-1440.
- Falloon, I. R., Boyd, J.L., McGill, C.W. (1984). Family Care of Schizophrenia: a problem-Solving Approach to the treatment of mental illness. New York, Guilford.
- Falloon, I. R., C. W. McGill, et al. (1987). "Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: social outcome of a two-year longitudinal study." Psychol Med **17**(1): 59-66.
- Falloon, I. R., C. W. McGill, et al. (1987). "Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: social outcome of a two-year longitudinal study." Psychological Medicine **17**(1): 59-66.
- Fenton, W. S. and T. H. McGlashan (1991). "Natural history of schizophrenia subtypes. II. Positive and negative symptoms and long-term course." Arch Gen Psychiatry **48**(11): 978-986.
- Fromm-Reichmann, F. (1948). "Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy." Psychiatry **11**(3): 263-273.
- Gafoor, R., D. Nitsch, et al. (2010). "Effect of early intervention on 5-year outcome in non-affective psychosis." Br J Psychiatry **196**(5): 372-376.
- Garety, P. A. (2003). "The future of psychological therapies for psychosis." World Psychiatry **2**(3): 147-152.
- Gitlin, M., K. Nuechterlein, et al. (2001). "Clinical outcome following neuroleptic discontinuation in patients with remitted recent-onset schizophrenia." American Journal of Psychiatry **158**(11): 1835-1842.
- Gleeson, J. (2005). "Preventing EPISODE II: relapse prevention in first-episode psychosis." Australas Psychiatry **13**(4): 384-387.
- Gleeson, J. F., S. M. Cotton, et al. (2013). "A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients: outcome at 30-month follow-up." Schizophr Bull **39**(2): 436-448.

- Gleeson, J. F. a. M., P.D., Ed. (2004). Psychological Interventions in Early Psychosis. A treatment handbook. Chister, England, John Wiley and Sons Ltd. .
- Goldstein, M. J. (1995). "Psychoeducation and relapse prevention." Int Clin Psychopharmacol **9 Suppl 5**: 59-69.
- Gonzalez-Pinto, A., S. Ruiz de Azua, et al. (2011). "Can positive family factors be protective against the development of psychosis?" Psychiatry Res **186**(1): 28-33.
- Gottesman, II (1994). "Complications to the complex inheritance of schizophrenia." Clin Genet **46**(1 Spec No): 116-123.
- Gottesman I, S. J. (1982). Schizophrenia: the Epigenetic Puzzle. Cambridge, Cambridge University Press.
- Gunderson, J. G. (2002). Levels of care, indications, structure, staffing. Washington, American Psychiatric Press.
- Hamilton, N. G., C. A. Ponzoha, et al. (1989). "Social networks and negative versus positive symptoms of schizophrenia." Schizophr Bull **15**(4): 625-633.
- Harrison, G., K. Hopper, et al. (2001). "Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study." Br J Psychiatry **178**: 506-517.
- Heaton, R., J. S. Paulsen, et al. (1994). "Neuropsychological deficits in schizophrenics. Relationship to age, chronicity, and dementia." Arch Gen Psychiatry **51**(6): 469-476.
- Hegelstad, W. T., T. K. Larsen, et al. (2012). "Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome." Am J Psychiatry **169**(4): 374-380.
- Ho, B. C., N. C. Andreasen, et al. (2003). "Progressive structural brain abnormalities and their relationship to clinical outcome: a longitudinal magnetic resonance imaging study early in schizophrenia." Arch Gen Psychiatry **60**(6): 585-594.
- Hogarty, G. E., C. M. Anderson, et al. (1986). "Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion." Arch Gen Psychiatry **43**(7): 633-642.
- Hogarty, G. E., S. J. Kornblith, et al. (1997). "Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates." Am J Psychiatry **154**(11): 1504-1513.
- Hooley, J. M. (2007). "Expressed emotion and relapse of psychopathology." Annu Rev Clin Psychol **3**: 329-352.
- Huxley, N. A., M. Rendall, et al. (2000). "Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years." Journal of Nervous and Mental Disease **188**(4): 187-201.
- I.E.P.A (2002). "International Early Psychosis Asociation and World Health Organization." Early Psychosis Declaration
- Jackson, H., P. McGorry, et al. (1998). "Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE). Preliminary results." Br J Psychiatry Suppl **172**(33): 93-100.
- Jackson, H., P. McGorry, et al. (2005). "A controlled trial of cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE) with four-year follow-up readmission data." Psychol Med **35**(9): 1295-1306.
- Jackson, H. J., P. D. McGorry, et al. (2008). "Acute-phase and 1-year follow-up results of a randomized controlled trial of CBT versus Befriending for first-episode psychosis: the ACE project." Psychological Medicine **38**(5): 725-735.

- Joa, I., J. O. Johannessen, et al. (2008). "The key to reducing duration of untreated first psychosis: information campaigns." Schizophr Bull **34**(3): 466-472.
- Johannessen, J. O., T. K. Larsen, et al. (2005). "Pathways to care for first-episode psychosis in an early detection healthcare sector: part of the Scandinavian TIPS study." Br J Psychiatry Suppl **48**: s24-28.
- Jones, W. L., Ed. (1983). Ministering to Minds Diseased. A History of Psychiatric Treatment. Londres, William Heinemann.
- Karson, C. N., E. Garcia-Rill, et al. (1991). "The brain stem reticular formation in schizophrenia." Psychiatry Res **40**(1): 31-48.
- Karson, C. N., Garcia-Rill, E., Biedermann, J., Mrak, R. E., Husain, M. M., & Skinner, R. D. (1991). "The brain stem reticular formation in schizophrenia." Psychiatry Res **40**(1): 31-48.
- Kaufman, J., B. Birmaher, et al. (1997). "Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry **36**(7): 980-988.
- Kay, S. R., A. Fiszbein, et al. (1987). "The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia." Schizophrenia Bulletin **13**(2): 261-276.
- Kendler, K. S., A. M. Gruenberg, et al. (1994). "Independent diagnoses of adoptees and relatives as defined by DSM-III in the provincial and national samples of the Danish Adoption Study of Schizophrenia." Arch Gen Psychiatry **51**(6): 456-468.
- Kendler, K. S., M. McGuire, et al. (1993). "The Roscommon Family Study. I. Methods, diagnosis of probands, and risk of schizophrenia in relatives." Arch Gen Psychiatry **50**(7): 527-540.
- Kendler, K. S., M. McGuire, et al. (1993). "The Roscommon Family Study. III. Schizophrenia-related personality disorders in relatives." Arch Gen Psychiatry **50**(10): 781-788.
- Kendler, K. S., M. McGuire, et al. (1993). "The Roscommon Family Study. II. The risk of nonschizophrenic nonaffective psychoses in relatives." Arch Gen Psychiatry **50**(8): 645-652.
- Killackey, E., H. J. Jackson, et al. (2008). "Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual." Br J Psychiatry **193**(2): 114-120.
- Krabbendam, L. and A. Aleman (2003). "Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation." Psychol Med **33**(4): 756; author reply 756-758.
- Krstev, H., S. Carbone, et al. (2004). "Early intervention in first-episode psychosis--the impact of a community development campaign." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **39**(9): 711-719.
- Leff, J., R. Berkowitz, et al. (1990). "A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia. Two-year follow-up." Br J Psychiatry **157**: 571-577.
- Leff, J., L. Kuipers, et al. (1982). "A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients." Br J Psychiatry **141**: 121-134.
- Leff, J., L. Kuipers, et al. (1985). "A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow-up." Br J Psychiatry **146**: 594-600.
- Leggatt, M. S. (2007). "Minimising collateral damage: family peer support and other strategies." Med J Aust **187**(7 Suppl): S61-63.

- Liberman, R. P., K. T. Mueser, et al. (1986). "Training skills in the psychiatrically disabled: learning coping and competence." Schizophr Bull **12**(4): 631-647.
- Lieberman, J. A., T. S. Stroup, et al. (2005). "Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia." N Engl J Med **353**(12): 1209-1223.
- Lindenmayer, J. P. (2000). "Treatment refractory schizophrenia." Psychiatr Q **71**(4): 373-384.
- Lohr, D. B., B. (1995). "Psychotic disorders." Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America **4**: 237-254.
- Lucksted, A., W. McFarlane, et al. (2012). "Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice." J Marital Fam Ther **38**(1): 101-121.
- McCrone, P., T. K. Craig, et al. (2010). "Cost-effectiveness of an early intervention service for people with psychosis." Br J Psychiatry **196**(5): 377-382.
- McFarlane, W. R., W. L. Cook, et al. (2010). "Portland identification and early referral: a community-based system for identifying and treating youths at high risk of psychosis." Psychiatr Serv **61**(5): 512-515.
- McFarlane, W. R., Deakins, S.R., Gingerich, S.L., Dunne, E., Horen, B., Newmark, M., Ed. (1991). Multiple-Family Psychoeducational, Group Treatment Manual. New York, Biosocial Treatment Division. New York State Psychiatric Institute.
- McFarlane, W. R., L. Dixon, et al. (2003). "Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature." J Marital Fam Ther **29**(2): 223-245.
- McFarlane, W. R., R. A. Dushay, et al. (1996). "A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment." Psychiatric Services **47**(7): 744-750.
- McFarlane, W. R., R. A. Dushay, et al. (1996). "A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment." Psychiatr Serv **47**(7): 744-750.
- McFarlane, W. R., B. Link, et al. (1995). "Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia." Fam Process **34**(2): 127-144.
- McFarlane, W. R., E. Lukens, et al. (1995). "Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia." Arch Gen Psychiatry **52**(8): 679-687.
- McGorry, P. (1995). "A treatment-relevant classification of psychotic disorders." Aust N Z J Psychiatry **29**(4): 555-558.
- McGorry, P. (1998). "Preventive strategies in early psychosis: verging on reality." Br J Psychiatry Suppl **172**(33): 1-2.
- McGorry, P. (2012). "At issue: Cochrane, early intervention, and mental health reform: analysis, paralysis, or evidence-informed progress?" Schizophr Bull **38**(2): 221-224.
- McGorry, P. (2013). "Prevention, innovation and implementation science in mental health: the next wave of reform." Br J Psychiatry Suppl **54**: s3-4.
- McGorry, P. and J. van Os (2013). "Redeeming diagnosis in psychiatry: timing versus specificity." Lancet **381**(9863): 343-345.
- McGorry, P. D. (2002). "The recognition and optimal management of early psychosis: an evidence-based reform." World Psychiatry **1**(2): 76-83.
- McGorry, P. D. (2005). "Early intervention in psychotic disorders: beyond debate to solving problems." Br J Psychiatry Suppl **48**: s108-110.
- McGorry, P. D. (2007). "Issues for DSM-V: clinical staging: a heuristic pathway to valid nosology and safer, more effective treatment in psychiatry." Am J Psychiatry **164**(6): 859-860.

- McGorry, P. D. (2010). "Risk syndromes, clinical staging and DSM V: new diagnostic infrastructure for early intervention in psychiatry." Schizophr Res **120**(1-3): 49-53.
- McGorry, P. D., J. Edwards, et al. (1996). "EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management." Schizophrenia Bulletin **22**(2): 305-326.
- McGorry, P. D., I. B. Hickie, et al. (2006). "Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions." Aust N Z J Psychiatry **40**(8): 616-622.
- McGorry, P. D., D. McKenzie, et al. (2000). "Can we improve the diagnostic efficiency and predictive power of prodromal symptoms for schizophrenia?" Schizophr Res **42**(2): 91-100.
- McGorry, P. D., A. Yung, et al. (2001). "Ethics and early intervention in psychosis: keeping up the pace and staying in step." Schizophr Res **51**(1): 17-29.
- McGorry, P. D. and A. R. Yung (2003). "Early intervention in psychosis: an overdue reform." Aust N Z J Psychiatry **37**(4): 393-398.
- McGorry, P. D., A. R. Yung, et al. (2002). "Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms." Arch Gen Psychiatry **59**(10): 921-928.
- McGurk, S. R. and K. T. Mueser (2004). "Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: a review and heuristic model." Schizophr Res **70**(2-3): 147-173.
- McNab, C., N. Haslam, et al. (2007). "Expressed emotion, attributions, utility beliefs, and distress in parents of young people with first episode psychosis." Psychiatry Research **151**(1-2): 97-106.
- Moos, R. (1986). Family Enviromental Scale Manual. Palo Alto, Consulting Psychologist Press.
- Moos, R. H., Moss, B.S., Trickett, E., , Ed. ( 1995). Escalas de Clima Social. Madrid.
- Moreno, D., M. Moreno-Iniguez, et al. (2009). "Obstetric complications as a risk factor for first psychotic episodes in childhood and adolescence." Eur Child Adolesc Psychiatry **18**(3): 180-184.
- Mueser, K. T., A. S. Bellack, et al. (1991). "Prediction of social skill acquisition in schizophrenic and major affective disorder patients from memory and symptomatology." Psychiatry Res **37**(3): 281-296.
- Mueser, K. T., G. R. Bond, et al. (1998). "Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management." Schizophr Bull **24**(1): 37-74.
- Mueser, K. T., F. Deavers, et al. (2013). "Psychosocial treatments for schizophrenia." Annu Rev Clin Psychol **9**: 465-497.
- Mueser, K. T., R. E. Drake, et al. (1997). "Recent advances in psychiatric rehabilitation for patients with severe mental illness." Harv Rev Psychiatry **5**(3): 123-137.
- Myin-Germeys, I., P. Delespaul, et al. (2005). "Behavioural sensitization to daily life stress in psychosis." Psychol Med **35**(5): 733-741.
- Nuechterlein, K. H., M. E. Dawson, et al. (1994). "The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study." Acta Psychiatr Scand Suppl **382**: 58-64.
- Olin, S. C. and S. A. Mednick (1996). "Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations premorbidly." Schizophr Bull **22**(2): 223-240.

- OMS., Ed. (1992). Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. In: Meditor, editor. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra.
- Otero, S., M. Moreno-Iniguez, et al. (2011). "Twelve-month follow-up of family communication and psychopathology in children and adolescents with a first psychotic episode (CAFEPS study)." Psychiatry Res **185**(1-2): 72-77.
- Penn, D. L., E. J. Waldheter, et al. (2005). "Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update." Am J Psychiatry **162**(12): 2220-2232.
- Peralta, V., Cuesta, M.J. (1994). "Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles." Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines **22**: 171-177.
- Phillips, L. J., A. R. Yung, et al. (2002). "Prediction and prevention of transition to psychosis in young people at incipient risk for schizophrenia." Am J Med Genet **114**(8): 929-937.
- Pitschel-Walz, G., S. Leucht, et al. (2001). "The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia--a meta-analysis." Schizophrenia Bulletin **27**(1): 73-92.
- Purcell, S. M., N. R. Wray, et al. (2009). "Common polygenic variation contributes to risk of schizophrenia and bipolar disorder." Nature **460**(7256): 748-752.
- Rabinowitz, J., C. G. Berardo, et al. (2013). "Association of prominent positive and prominent negative symptoms and functional health, well-being, healthcare-related quality of life and family burden: A CATIE analysis." Schizophr Res.
- Remschmidt, H. (2001). Schizophrenia in children and adolescents. Cambridge, UK ; New York, Cambridge University Press.
- Remschmidt, H. E., E. Schulz, et al. (1994). "Childhood-onset schizophrenia: history of the concept and recent studies." Schizophr Bull **20**(4): 727-745.
- Robinson, D., M. G. Woerner, et al. (1999). "Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder." Arch Gen Psychiatry **56**(3): 241-247.
- Robinson, D. G., M. G. Woerner, et al. (2005). "Pharmacological treatments for first-episode schizophrenia." Schizophrenia Bulletin **31**(3): 705-722.
- Ruiz-Sancho, A., Calvo, A., Rapado-Castro, M., Moreno, M., Moreno, C., Sanchez-Gutierrez, T., Tapia, C., Chiclana, G., Rodriguez, P. Fernandez, P., Arango, C. & Mayoral, M. (2012). "PIENSA: Development of an Early Intervention Program for Adolescents With Early-Onset Psychosis and Their Families." Adolescent Psychiatry **2**(3): 229-236.
- Rund, B. R., L. Moe, et al. (1994). "The Psychosis Project: outcome and cost-effectiveness of a psychoeducational treatment programme for schizophrenic adolescents." Acta Psychiatr Scand **89**(3): 211-218.
- Scott, J., M. Leboyer, et al. (2013). "Clinical staging in psychiatry: a cross-cutting model of diagnosis with heuristic and practical value." Br J Psychiatry **202**(4): 243-245.
- Schafer, J. L. and J. W. Graham (2002). "Missing data: our view of the state of the art." Psychol Methods **7**(2): 147-177.
- Semple, D. M., Burnes, J., Smyth, R., Darjee, R., McIntosh, A. (2005). Oxford Handbook of Psychiatry, Oxford University Press.
- Shaffer, D., M. S. Gould, et al. (1983). "A children's global assessment scale (CGAS)." Archives of General Psychiatry **40**(11): 1228-1231.

- Sham, P. C., P. Jones, et al. (1994). "Age at onset, sex, and familial psychiatric morbidity in schizophrenia. Camberwell Collaborative Psychosis Study." Br J Psychiatry **165**(4): 466-473.
- Shean, G. D. (2013). "Empirically Based Psychosocial Therapies for Schizophrenia: The Disconnection between Science and Practice." Schizophr Res Treatment **2013**: 792769.
- Soutullo, C. (1996). "Traducción al Español de la Entrevista Diagnóstica: Kiddie-Schedule for Affective Disorders & Schizophrenia. Present & Lifetime Version (K-SADS-PL)." Retrieved February 2013, from <http://www.cun.es/fileadmin/Departamentos/Psiquiatria%20y%20Psicologia%20Medica/PDF/KSADSEsp.pdf>.
- Stein, L. I. (1998). "The community psychiatrist: skills and personal characteristics." Community Ment Health J **34**(4): 437-445.
- Tarrier, N., S. Lewis, et al. (2004). "Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia. 18-month follow-up of a randomised controlled trial." British Journal of Psychiatry **184**: 231-239.
- Torrent, C., C. Del Mar Bonnin, et al. (2013). "Efficacy of Functional Remediation in Bipolar Disorder: A Multicenter Randomized Controlled Study." Am J Psychiatry.
- Ulloa, R. E., B. Birmaher, et al. (2000). "Psychosis in a pediatric mood and anxiety disorders clinic: phenomenology and correlates." J Am Acad Child Adolesc Psychiatry **39**(3): 337-345.
- Ulloa, R. E., Birmaher, B., Axelson, D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Ryan, N. D., Baugher, M. (2000). "Psychosis in a pediatric mood and anxiety disorders clinic: phenomenology and correlates." J Am Acad Child Adolesc Psychiatry **39**(3): 337-345.
- Ulloa, R. E., S. Ortiz, et al. (2006). "[Interrater reliability of the Spanish version of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children--Present and Lifetime version (K-SADS-PL)]." Actas Españolas de Psiquiatría **34**(1): 36-40.
- Vallejo Ruiloba, J., Ed. (1999). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona.
- Valles, V., J. Van Os, et al. (2000). "Increased morbid risk for schizophrenia in families of in-patients with bipolar illness." Schizophr Res **42**(2): 83-90.
- van Os, J. (2009). "A salience dysregulation syndrome." Br J Psychiatry **194**(2): 101-103.
- van Os, J., G. Kenis, et al. (2010). "The environment and schizophrenia." Nature **468**(7321): 203-212.
- Volkmar, F. R. (1996). "Childhood and adolescent psychosis: a review of the past 10 years." J Am Acad Child Adolesc Psychiatry **35**(7): 843-851.
- Volkmar, F. R. (1996). "Childhood and adolescent psychosis: a review of the past 10 years." J Am Acad Child Adolesc Psychiatry **35**(7): 843-851.
- Weiss, K. A., T. E. Smith, et al. (2002). "Predictors of risk of nonadherence in outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders." Schizophr Bull **28**(2): 341-349.
- Wiersma, D., F. J. Nienhuis, et al. (1998). "Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year followup of a Dutch incidence cohort." Schizophrenia Bulletin **24**(1): 75-85.
- Xia, J., L. B. Merinder, et al. (2011). "Psychoeducation for schizophrenia." Schizophrenia Bulletin **37**(1): 21-22.

- Zhang, G., A. V. Terry, Jr., et al. (2007). "Simultaneous determination of five antipsychotic drugs in rat plasma by high performance liquid chromatography with ultraviolet detection." J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci **856**(1-2): 20-28.
- Zubin, J. and B. Spring (1977). "Vulnerability--a new view of schizophrenia." J Abnorm Psychol **86**(2): 103-126.

# ANEXOS





## **Anexo 1**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO FAMILIARES**

**TÍTULO:** Estudio de eficacia de un tratamiento psicoeducativo para los familiares y pacientes con Psicosis de Inicio Temprano.

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Ana Ruiz Sancho

**CENTRO:** Hospital General Universitario Gregorio Marañón

### **DESCRIPCIÓN Y PROPÓSITO DEL ESTUDIO**

El estudio de la eficacia de las intervenciones psicoeducativas es muy importante para conocer la relación que puede tener con la mejoría del pronóstico de los Trastornos Psicóticos.

El propósito de este estudio es poner en marcha un programa psicoeducativo para los pacientes que han sufrido un primer episodio psicótico y para sus familiares, de manera que se pueda evaluar la capacidad de dicho programa para mejorar el pronóstico del paciente así como el clima familiar.

El principal objetivo de este programa es fomentar la adherencia al tratamiento y desarrollar hábitos que prevengan las recaídas. Además, se pretende enseñara a adquirir habilidades para la vida cotidiana y para la realización de actividades compartidas en el seno familiar.

### **PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO**

Si la familia acepta participar, recibirá en primer lugar un total de 3 sesiones individuales y posteriormente formará parte de un grupo de familias que recibirán 12 seminarios teórico-prácticos en grupo, donde se realizarán actividades orientadas a informar y promover el conocimiento de su enfermedad.

Las actividades realizadas individualmente y en grupo serán grabadas con un equipo de video para su posterior evaluación y supervisión del equipo investigador.

En el momento de iniciar el estudio se administrarán una serie de escalas para medir las distintas variables a estudiar y posteriormente se repetirá esta evaluación a los 6 meses, 12 meses y 24 meses.

### **RIESGOS/BENEFICIOS**

La participación en este estudio no supone ningún riesgo. Por el contrario, se beneficiarán de un seguimiento adicional por parte de los clínicos. Además, una vez finalizado el estudio y si se comprueba que el programa psicoeducativo es efectivo, este se incorporará al tratamiento habitual recibido por todos los pacientes de la unidad, con el consecuente beneficio para ellos.

### **CONFIDENCIALIDAD**

Se ha considerado en la realización del proyecto el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, para garantizar la confidencialidad.

Las grabaciones de video realizadas quedarán marcadas con un número específico (código) y la información obtenida se archivará de forma anónima y confidencial. Asimismo, el nombre o apellidos de los miembros de la familia no aparecerán en ningún escrito ni comunicación derivada de este estudio.

### **COSTE/COMPENSACIÓN**

No existe ningún coste por participar en este estudio. Todas las pruebas que se realicen durante el estudio no supondrán coste alguno.

### **ALTERNATIVAS A LA PARTICIPACIÓN**

Su participación en este estudio es completamente voluntaria.

### **DERECHO AL ABANDONO**

Tienen derecho a abandonar el estudio en cualquier momento sin que ello suponga cambios en tu tratamiento o cuidados recibidos por parte de tu médico. Serán informados sobre cualquier dato relevante del estudio que pudiera condicionar su permanencia o abandono del mismo.

**PREGUNTAS**

Si tiene alguna pregunta acerca del estudio o alguna duda sobre sus derechos como sujeto que participa en un estudio de investigación, póngase en contacto con Dra. Ana Ruiz Sancho en el número de teléfono 915868136

Tendrá la posibilidad de llevarse a casa una copia no firmada de este consentimiento para poder exponerlo con su familia.

No debe firmar este consentimiento sin que haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y haya recibido respuestas satisfactorias a sus preguntas.

Nombre del menor:

Nombre del participante:

Nombre del investigador:

Firma del participante:

\_\_\_\_\_ He leído y comprendido este consentimiento informado

\_\_\_\_\_ La información de este consentimiento informado me ha sido explicada

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha

NOTA: Se harán dos copias del consentimiento informado, una será para el investigador principal, y la otra para el menor o sus familiares.

## Anexo 2

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES**

**TÍTULO:** Estudio de eficacia de un tratamiento psicoeducativo para los familiares y pacientes con Psicosis de Inicio Temprano

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Ana Ruiz Sancho

**CENTRO:** Hospital General Universitario Gregorio Marañón

### **DESCRIPCIÓN Y PROPÓSITO DEL ESTUDIO**

El propósito de este estudio es poner en marcha un programa psicoeducativo para los pacientes que han sufrido un primer episodio psicótico y para sus familiares, de manera que se pueda evaluar la capacidad de dicho programa para mejorar el pronóstico del paciente así como el clima familiar.

El principal objetivo de este programa es fomentar la adherencia al tratamiento y desarrollar hábitos que prevengan las recaídas.

### **PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO**

Si el paciente acepta participar, formará parte de un grupo de sujetos de edades similares que recibirán 12 seminarios en grupo, donde se realizarán actividades orientadas a informar y promover el conocimiento de su enfermedad.

Las actividades realizadas en grupo serán grabadas con un equipo de video para su posterior evaluación y supervisión del equipo investigador.

En el momento de iniciar el estudio se realizará una extracción sanguínea, y posteriormente se repetirá a los 6 meses, 12 meses y 24 meses. De esta muestra obtendremos los niveles en sangre del fármaco que esté consumiendo en ese momento y así se comprobará el adecuado seguimiento del tratamiento.

A su vez, con los mismos intervalos de tiempo, se administrarán una serie de escalas para medir las distintas variables a estudiar.

### **RIESGOS/BENEFICIOS**

Los riesgos relacionados con la extracción sanguínea revisten escasa importancia, pudiendo aparecer la formación de un pequeño hematoma en el antebrazo que se reabsorbería en uno o dos días, y en ocasiones puede aparecer mareo pasajero.

Al participar en este estudio, el equipo sanitario incluyendo a su médico, seguirá de cerca su estado de salud, pudiendo suponer un beneficio terapéutico para tí.

Además, una vez finalizado el estudio y si se comprueba que el programa psicoeducativo es efectivo, este se incorporará al tratamiento habitual recibido por todos los pacientes de la unidad, con el consecuente beneficio para ellos

### **CONFIDENCIALIDAD**

Se ha considerado en la realización del proyecto el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, para garantizar la confidencialidad.

Las muestras sanguíneas quedan marcadas con un número específico (código), y la información obtenida se archivará de forma confidencial. Así mismo, tu nombre no aparecerá en ningún escrito ni comunicación derivada de este estudio.

Las grabaciones de video realizadas quedarán marcadas con un número específico (código) y la información obtenida se archivará de forma anónima y confidencial. Asimismo, el nombre o apellidos de los pacientes no aparecerán en ningún escrito ni comunicación derivada de este estudio.

### **COSTE/COMPENSACIÓN**

No existe ningún coste por participar en este estudio. Todas las pruebas que se realicen durante el estudio no supondrán coste alguno.

**ALTERNATIVAS A LA PARTICIPACIÓN**

Tu participación en este estudio es completamente voluntaria.

**DERECHO AL ABANDONO**

Tienes derecho a abandonar el estudio en cualquier momento sin que ello suponga cambios en tu tratamiento o cuidados recibidos por parte de tu médico. Serás informado sobre cualquier dato relevante del estudio que pudiera condicionar tu permanencia o abandono del mismo.

**PREGUNTAS**

Si tienes alguna pregunta acerca del estudio o alguna duda sobre tus derechos como sujeto que participa en un estudio de investigación, ponte en contacto con Dra. Ana Ruiz Sancho en el número de teléfono 915868136

Tendrás la posibilidad de llevarse a casa una copia no firmada de este consentimiento para poder exponerlo con tu familia.

No debes firmar este consentimiento sin que hayas tenido la oportunidad de hacer preguntas y hayas recibido respuestas satisfactorias a tus preguntas.

Nombre del menor:

Nombre del participante:

Nombre del investigador:

Firma del participante:

\_\_\_\_ He leído y comprendido este consentimiento informado

\_\_\_\_ La información de este consentimiento informado me ha sido explicada

\_\_\_\_  
Firma del investigador

\_\_\_\_  
Fecha

NOTA: Se harán tres copias del consentimiento informado, una será para el investigador principal, otra para la historia clínica del paciente y la última para el menor o sus familiares.

**Anexo 3**

**CONTACTO**

Para cualquier información se puede contactar con:  
 Psicóloga.- 91 4265005 (Ana Calvo)  
 Psicóloga.- 91 4265017 (María Mayoral)  
 Móvil.- 628426200

**EQUIPO**

María Mayoral Aragón. Psicóloga Clínica  
 Carmen Moreno Ruiz. Psiquiatra  
 Marta Rapado Castro. Neuropsicóloga.  
 Ana Calvo Calvo. Psicóloga.  
 Clara Ferreiro Rodríguez. Trabajadora Social  
 Cecilia Tapia Casellas. Enfermera. Psicóloga.  
 Miguel Moreno Íñiguez. Psiquiatra. Colaborador externo.  
 Ana Ruiz Sancho. Psiquiatra, psicoterapeuta y consultora de grupos e instituciones. Consultora Externa.

E-mail.- [mmayoral@hggm.es](mailto:mmayoral@hggm.es), [acalvo@hggm.es](mailto:acalvo@hggm.es)  
 Página web.- [www.hggm.es/ua](http://www.hggm.es/ua)  
 Dirección postal.-  
 c/ Ibiza 43, 28009 Madrid

**Unidad de Psiquiatría de Adolescentes**

GANADOR del VI Premio a la Excelencia y Calidad del Servicio Público en Comunidad de Madrid

**cibersam**

Centro de Investigación Biomédica en Red sobre Salud Mental

MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN

**ic** Instituto de Salud Carlos III

Unidad de Adolescentes (UADO) Hospital General Universitario Gregorio Marañón.





Los Primeros Episodios Psicóticos, son períodos más o menos prolongados en el tiempo, en los que una persona experimenta, por primera vez en su vida, unos síntomas (ej. alucinaciones, ideas delirantes) que conllevan un cambio en su forma de pensar y comportarse y que les hacen perder el contacto con la realidad. Estos síntomas pueden ser expresión de distintos trastornos, que tienen en común las mismas manifestaciones aunque difieren en sus causas, tratamiento y pronóstico.

**¿A QUIEN VA DIRIGIDO?**

Podrán participar los adolescentes y jóvenes que hayan padecido un primer episodio psicótico y sus familiares.

**Criterios de inclusión en los grupos:**

- Edad entre 14-19 años
- Presencia de al menos un síntoma psicótico antes de los 18 años de edad.
- Convivencia o relación del adolescente con sus familiares o cuidadores principales.

**Criterios de exclusión en los grupos:**

- Historia actual o pasada de enfermedad médica relevante del adolescente que interfiera con el aprovechamiento de las terapias

**Compromiso de asistencia:**

En la primera sesión individual los participantes firman un contrato de asistencia por el que se comprometen a acudir un número de sesiones determinadas. Tras doce sesiones grupales el equipo junto con los participantes valorarán la participación en mayor número de sesiones. Este acuerdo garantiza la continuidad del trabajo y favorece su efectividad.

**TERAPIAS GRUPALES**

Algunos modelos de terapia grupal, como los psicoeducativos, han demostrado ser eficaces para mejorar la evolución de los episodios psicóticos, especialmente, cuando se realizan durante o inmediatamente después de que se haya producido el primer episodio.

Las intervenciones precoces pueden disminuir las consecuencias negativas del episodio psicótico y prevenir futuras recaídas que empeorarían el pronóstico.

El programa PIENSA tiene como finalidad mejorar la evolución y adaptación psicosocial de los adolescentes que han experimentado un primer episodio psicótico.

**¿EN QUÉ CONSISTEN?**

Tres entrevistas individuales con los adolescentes y con sus familiares realizadas por separado. A continuación se invitará a los participantes a incluirse en un grupo para chicos y en otro para los familiares, respectivamente. La terapia se habrá completado tras doce sesiones grupales.

La duración total del programa es de unos 9 meses. Este programa se propone como complemento de los tratamientos y terapias que los pacientes y sus familiares estén recibiendo ya en otros dispositivos. Las sesiones grupales tendrán lugar en las consultas externas de la Unidad de Adolescentes del Departamento de Psiquiatría en **jueves alternos, de 16 a 17:30 horas.**

**Participación en los grupos:**

El menor o sus padres podrán finalizar el tratamiento en cualquier momento, si lo consideran conveniente o preciso.



**Confidencialidad:**

Ni los nombres, ni cualquier otro dato que pueda derivar en la identificación de los participantes en el grupo serán difundidos.

**Anexo 4**

**Página web:** <http://ua.hggm.es/index.php/es/que-es-piensa>

Los Primeros Episodios Psicóticos, son períodos más o menos prolongados en el tiempo, en los que una persona experimenta, por primera vez en su vida, unos síntomas (ej. alucinaciones, ideas delirantes) que conllevan un cambio en su forma de pensar y comportarse y que les hacen perder el contacto con la realidad. Estos síntomas pueden ser expresión de distintos trastornos, que tienen en común las mismas manifestaciones aunque difieren en sus causas, tratamiento y pronóstico.

Algunos modelos de terapia grupal, como los psicoeducativos, han demostrado ser eficaces para mejorar la evolución de los episodios psicóticos, especialmente, cuando se realizan durante o inmediatamente después de que se haya producido el primer episodio.

Las intervenciones precoces pueden disminuir las consecuencias del episodio psicótico y prevenir futuras recaídas que empeorarían el pronóstico.

El programa **PIENSA** tiene como finalidad mejorar la evolución y adaptación psicosocial de los adolescentes que han experimentado un primer episodio psicótico.

**HORARIO**

Jueves alternos. De 16.00h a 17:30 h.

**LUGAR**

Las consultas externas de la sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil del H.G.U. Gregorio Marañón.

**EQUIPO**

María Mayoral Aragón. Psicóloga Clínica  
 Ana Calvo Calvo. Psicóloga.  
 Marta Rapado Castro. Neuropsicóloga.  
 Miguel Moreno Íñiguez. Psiquiatra infantil y de la adolescencia.  
 Carmen Moreno Ruíz. Psiquiatra infantil y de la adolescencia.  
 Teresa Sanchez. Psicóloga.

Guadalupe Chiclana Actis. Psicóloga.  
 Cecilia Tapia Casellas. Enfermera. Psicóloga.  
 Pamela Rodríguez Latorre. Enfermera.  
 Ana Ruiz Sancho. Psiquiatra, psicoterapeuta y consultora de grupos e instituciones.  
 Consultora Externa del Programa.



### ¿A QUIEN VA DIRIGIDO?

Podrán participar los adolescentes y jóvenes que hayan padecido un primer episodio psicótico y sus familiares.

#### **Criterios de inclusión en los grupos:**

- Edad entre 14-19 años
- Presencia de al menos un síntoma psicótico antes de los 18 años de edad.
- Convivencia o relación del adolescente con sus familiares o cuidadores principales.

#### **Criterios de exclusión en los grupos:**

- Historia actual o pasada de enfermedad médica relevante del adolescente que interfiera con el aprovechamiento de las terapias



### ¿EN QUÉ CONSISTEN?

Tres entrevistas individuales con los adolescentes y con sus familiares realizadas por separado. A continuación se invitará a los participantes a incluirse en un grupo para chicos y en otro para los familiares, respectivamente. La terapia se habrá completado tras doce sesiones grupales.

La duración total del programa es de unos 9 meses.

Este programa se propone como complemento de los tratamientos y terapias que los pacientes y sus familiares estén recibiendo ya en otros dispositivos.

#### **Compromiso de asistencia:**

En la primera sesión individual los participantes firman un contrato de asistencia por el que se comprometen a acudir un número de sesiones determinadas. Tras doce sesiones grupales el equipo junto con los participantes valorarán la participación en mayor número de sesiones. Este acuerdo garantiza la continuidad del trabajo y favorece su efectividad.

#### **Participación en los grupos:**

El menor o sus padres podrán finalizar el tratamiento en cualquier momento, si lo consideran conveniente o preciso.

#### **Confidencialidad:**

Ni los nombres, ni cualquier otro dato que pueda derivar en la identificación de los participantes en el grupo serán difundidos.

**Anexo 5**

**CUESTIONARIO DE CUMPLIMIENTO DE LA TÉCNICA Y COMPETENCIA  
DEL TERAPEUTA  
TRATAMIENTO PSICOEDUCATIVO\***

Este cuestionario será cumplimentado basándose en las observaciones (grabaciones de audio o video) de las sesiones Psicoeducativas (PE) de Terapia Familiar Múltiple (TFM). Se señalará el número que mejor describa la forma en la que el conductor ha realizado la sesión (la labor del co-terapeuta se puntuará conjuntamente con la del conductor, se medirá pues como un equipo)

ACTIVIDADES DEL TERAPEUTA	SI	POSIBLE O PARCIALMENTE			NO
		4	3	2	
1) Cumple la estructura de TFM	5	4	3	2	1
2) Provee clarificaciones	5	4	3	2	1
3) Hace referencia a sesiones previas	5	4	3	2	1
4) Remite a la guía para las familias	5	4	3	2	1
5) Hace referencia al modelo vulnerabilidad-estrés	5	4	3	2	1
6) Realiza afirmaciones educativas	5	4	3	2	1
7) Facilita la participación grupal	5	4	3	2	1
8) Evita interpretaciones	5	4	3	2	1
9) Provee refuerzos positivos	5	4	3	2	1
10) Favorece el feedback entre los participantes	5	4	3	2	1
11) Forma en habilidades de comunicación	5	4	3	2	1
12) Promueve la implementación de soluciones	5	4	3	2	1

## CUESTIONARIO DE COMPETENCIA DEL TERAPEUTA

1) 5 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 1  
 Buen balance entre terapeuta y Co-terapeuta Un terapeuta domina

2) 5 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 1  
 Grupo estructurado Orientado a la tarea Discusión sorganizada, tarea sin foco claro

### SOCIALIZACIÓN INTRODUCTORIA

3) 5 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 1  
 Ambiente informal, amigable Atmósfera formal o tensa centrada en problemas  
 Atmósfera distendida conseguida

### RONDA DE PALABRA

4) 5 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 1  
 Participación uniforme (todas las Familias) y oportuna Participación a destiempo o intervenciones inoportunas

### IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

5) 5 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 1  
 El problema se formula claramente, Todos los miembros lo comprenden Pobremente definido

6) 5 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 1  
 El problema concierne a una familia pero es de interés para todos los miembros del grupo Problema demasiado global o único

### RESOLUCION DE PROBLEMAS

7) 5 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 1  
 El conductor facilita una Buena participación de todos los miembros Domina la participación de los terapeutas, pobre participación grupal

8) 5 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 1  
 Todas las sugerencias son aceptadas y se añaden a la lista de soluciones; se suspende el juicio o crítica de las mismas Las propuestas se censuran o discuten negativamente durante la tormenta de ideas

### DESARROLLO DE LA SOLUCIÓN

9) 5 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 1  
 La solución incluye un plan de acción con pasos claramente definidos Solución poco clara, vaga o sin acciones concretas

### CIERRE INFORMAL

10) 5 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 1  
 Ambiente grupal informal y distendido Ambiente tenso, emocionalmente cargado y centrado en problemas

\* Traducido y adaptado por la Dra. Ana Ruiz Sancho a partir de: Gunderson JG, Ruiz-Sancho, A, Berkowitz C. PE/MFG Therapist adherence and competence form.

## **CUESTIONARIO DE CUMPLIMIENTO DE LA TÉCNICA Y COMPETENCIA DEL TERAPEUTA TRATAMIENTO PSICOEDUCATIVO**

El cuestionario de *cumplimiento y competencia del terapeuta* incluye una serie de afirmaciones destinadas a evaluar el grado de cumplimiento de la técnica y la pericia de los conductores del grupo. Se emplean los términos *cumplimiento* (por vocablo inglés “adherence”) y *competencia* (por vocablo inglés “competence”) según Waltz et al. (1993) *Cumplimiento* se define como “el grado en el que los terapeutas usan intervenciones y procedimientos descritos en el manual de tratamiento y evitan intervenciones proscritas por el manual” *Competencia* se define como “la destreza mostrada por el terapeuta al administrar la terapia, es decir, la habilidad del terapeuta para conseguir que sus intervenciones, tomando en cuenta los aspectos relevantes del ambiente terapéutico, responden a estas variables de forma apropiada”

El evaluador encontrará en el formulario de “competencia” frases orientativas que le facilitarán el punteo de las distintas fases de la sesión de TFM. Se deberá señalar aquel número que mejor describa el *cumplimiento y competencia* del terapeuta en la sesión que se evalúa, según una escala de 1-5, en la que, 5 se refiere a un completo cumplimiento (o excelente pericia) y 1 se refiere a un inadecuado cumplimiento o mal desempeño del terapeuta. Los números 2-4 se emplearán para señalar un cumplimiento parcial y grados variables de destreza del terapeuta al aplicar la técnica.

A continuación encontrará algunas explicaciones que ayudarán al evaluador a comprender las afirmaciones del formulario. Se explican las tareas que son ajustadas a las técnicas según el manual psicoeducativo.

### **1) Cumplimiento de la estructura**

La sesión debe de comprender las siguientes fases:

- a) Charla informal introductoria (10 minutos): es una charla neutral acerca de temas de la vida cotidiana no relacionados con los problemas o la enfermedad (tiempo, aficiones, actividades lúdicas, intereses, etc.)
- b) Revisión de la tarea (5 minutos): los conductores revisan los progresos de una familia al implementar la solución al problema que se desarrolló en la sesión anterior.
- c) Presentación del tema del seminario (10 minutos): los conductores presentan una versión resumida de uno de los capítulos del manual.
- d) Turno de palabra (15 minutos): Cada familia da cuenta de los asuntos relacionados con el trastorno psicótico que están afrontando en el momento. Se pregunta a cada familia qué problema específico querrían presentar al grupo para la resolución de problemas.
- e) Solución de problemas (40 minutos)

Comienza cuando los conductores eligen, tras un breve intercambio que sirve de ejemplo de negociación para las familias, el problema objeto de trabajo para esa sesión en particular.

- a. Tormenta de ideas (15 minutos) Los miembros del grupo, incluyendo los conductores, proponen libremente posibles soluciones al problema elegido. Las propuestas se escribirán en una pizarra. Se prohibirá explícitamente la evaluación de las mismas o el establecimiento de un juicio de valor.
  - b. Evaluación de los pros y contras (15 minutos) Se consideran las ventajas e inconvenientes de cada una de las propuestas. Los conductores deberán señalar aquellas ocasiones en las que las soluciones sean coherentes con el mensaje de la guía para las familias.
  - c. Desarrollo de un plan (10 minutos) Se le pide aquella familia cuyo problema ha sido objeto de trabajo de la sesión, que decida cuál de las soluciones propuestas implementará. Se especificarán los detalles del plan, concretándose éste todo lo posible (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.)
- f) Despedida, charla informal (10 minutos) Para terminar, se les pide a los miembros del grupo que pasen a comentar asuntos neutrales que no tengan que ver con las dificultades y los problemas.

Los conductores del grupo deben asegurarse de que se cumple la agenda del grupo respetándose los tiempos y contenidos de cada fase (por ejemplo, si un miembro del grupo comenta algún asunto relacionado con la enfermedad durante los periodos de charla informal o plantea temas que no están relacionados con la tarea del momento, el clínico debe recordarle que existe una agenda que ha de ser cumplida y le invita a plantear el mismo asunto en el momento oportuno)

## **2) Provee clarificaciones**

Los conductores deben de proveer los comentarios clarificadores que sean necesarios y explicar la estructura del grupo, el material psicoeducativo y la guía para las familias. En ocasiones, será necesario que los clínicos faciliten la discusión clarificando las sugerencias y comentarios realizados por algún participante.

## **3) Hace referencia a sesiones previas**

Se deberán recordar situaciones o problemas resueltos en otras sesiones, estableciendo paralelismos y haciendo referencia a lo aprendido anteriormente.

## **4) Remite a la guía para las familias**

Los terapeutas deberán fomentar que los miembros del grupo recurran a la guía de las familias como material de referencia cuando han de afrontar una situación problemática en particular. Se invitará a los miembros del grupo a buscar orientación en las aseveraciones de la guía y se elogiará cada vez que un participante haya empleado ésta como referencia.

En ocasiones, los clínicos recomendarán el uso de la guía para resolver un problema planteado en el grupo pero que no puede ser discutido en profundidad en el momento. La estructura de resolución de problemas está pensada precisamente para que las familias adquieran habilidades de afrontamiento que puedan usar de forma independiente en su vida cotidiana.

#### **5) Hace referencia al modelo vulnerabilidad-estrés**

Los terapeutas deben proveer información acerca del modelo de vulnerabilidad-estrés de las psicosis. Debe de hacerse referencia a que las psicosis resultan de una mayor sensibilidad, biológicamente sustentada, a la estimulación sensorial, estrés prolongado, complejidad y cambios rápidos, interrupciones sociales, uso de drogas de abuso y experiencias emocionales negativas. Se recordará que los pacientes en un estado psicótico se encuentran sobre activados lo que dificulta atender y filtrar debidamente la información que le llega de su entorno. Los síntomas negativos, también interfieren con el procesamiento de la información. Ambas situaciones dificultan la adaptación de los pacientes a su entorno que deberá ser adaptado a sus necesidades (cambiando el entorno se reducirán las posibilidades de recaída y de esta forma se mejorará el pronóstico)

#### **6) Realiza afirmaciones educativas**

Los clínicos proveerán información acerca de diversos aspectos de los trastornos psicóticos incluyendo, etiología, curso, pronóstico, tratamiento. Se referirán a los contenidos del manual y podrán ampliarlos si se considera procedente.

#### **7) Facilita la participación grupal**

Los conductores animan a los miembros del grupo a participar y a dirigirse directamente los unos a los otros. Se fomentarán los comentarios entre los participantes y se propiciará que compartan sus reacciones, reflexiones, experiencias, sentimientos y percepciones.

#### **8) Evita interpretaciones**

Las intervenciones dirigidas a poner de manifiestos las motivaciones inconscientes de los comportamientos y dinámicas familiares deben de ser evitados.

#### **9) Provee refuerzos positivos**

Los líderes del grupo celebrarán cada vez que un miembro del grupo hace uso de la guía para las familias o el manual. Es particularmente importante elogiar aquellos intercambios y comunicaciones efectivas que se dan espontáneamente durante la sesión. También deberá elogiarse cuando los miembros del grupo hacen uso en su vida cotidiana de las habilidades aprendidas en el grupo.

#### **10) Favorece la retroalimentación (el feedback) entre los participantes**

Se debe animar a los miembros del grupo a dar sus opiniones con respecto a la forma en la que otros participantes han afrontado una

situación particular. En general, implica todas aquellas manifestaciones de apoyo y elogio, pero también pueden ser comentarios negativos o cuestionamientos. Los familiares también pueden darse sugerencias acerca de cómo mejorar las respuestas futuras a un problema específico.

### **11) Forma en habilidades de comunicación**

Los conductores mejoran las habilidades de comunicación de las familias sirviéndoles de ejemplo, asesorándolos e informando a los miembros del grupo. Entre las habilidades que deben de ser promovidas se cuentan: a comunicar directamente los de sentimientos y pensamientos positivos; a reducir las expresiones de hostilidad y las críticas; a escuchar de forma activa (Ej. Expresando un interés hacia el interlocutor mediante el empleo de preguntas clarificadoras), a usar paráfrasis y no realizar juicios rápidos, a evitar hablar por otros o usar amenazas o extorsiones como forma de conseguir cambios de comportamiento en el interlocutor.

### **12) Promueve la implementación de soluciones**

Cuando las familias han seleccionado las soluciones que desearían implementar de entre las sugeridas por el grupo, debe de establecerse un plan pormenorizado y realista. Los familiares se benefician de la ayuda de los compañeros del grupo para finalizar los detalles del plan y saber cómo transmitir las soluciones propuestas a otros miembros de la familia para su realización. Es preciso que se anticipen las limitaciones o dificultades que pudieran sobrevenir (ej. Recursos, tiempo, etc.)

Es importante revisar el plan que se diseñó en la sesión previa, especialmente si el miembro del grupo en cuestión tuvo dificultades al implementarlo de una sesión a otra. Habrá que ser muy cuidadoso de no criticar a los miembros del grupo cuando han fallado. Cualquier intento de cumplir el plan debe de ser elogiado.

Anexo 6

**CÓMO ENTENDER Y AFRONTAR**  
**LA PSICOSIS**

**PROGRAMA PARA ADOLESCENTES Y**  
**SUS FAMILIARES \***

**COORDINADORES:**

Ana Ruiz Sancho

María Mayoral Aragón

\*Protegida la propiedad intelectual. N° de expediente: 12/RTPI-008058/2012.

Aparece aquí con permiso de los coordinadores.

**AUTORES**

**Miguel Moreno Iñiguez**

**Raúl Lozano Alonso**

**Olalla Robles Aranda**

## ÍNDICE

SESIÓN 1: ¿QUÉ ES LA PSICOSIS?

SESIÓN 2: SÍNTOMAS PSICÓTICOS

SESIÓN 3: TRATAMIENTO

SESIÓN 4: EFECTOS SECUNDARIOS

SESIÓN 5: CONSUMO DE TÓXICOS Y SU INFLUENCIA EN LA PSICOSIS

SESIÓN 6: IDENTIFICACIÓN DE PRÓDROMOS Y PREVENCIÓN DE  
RECAIDAS

SESIÓN 7: EL ESTRÉS Y SU PAPEL EN EL EMPEORAMIENTO DE LOS  
SÍNTOMAS

SESIÓN 8: FACTORES PROTECTORES EN LA PSICOSIS

SESIÓN 9: IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN LA FAMILIA

SESIÓN 10: CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE LA ADOLESCENCIA

SESIÓN 11: MANEJO DE CRISIS

APÉNDICE: GUÍA PARA ADOLESCENTES Y FAMILIARES QUE QUIEREN  
ENTENDER Y AFRONTAR LA PSICOSIS

ANEXO 1: LA RED DE SALUD MENTAL Y OTROS DISPOSITIVOS  
SOCIALES Y EDUCATIVOS

ANEXO 2: GLOSARIO DE TÉRMINOS

## **SESIÓN 1: ¿QUÉ ES LA PSICOSIS?**

### **INTRODUCCIÓN**

La enfermedad que te han diagnosticado se llama PSICOSIS.

Las psicosis son TRASTORNOS MENTALES en los que se alteran: la percepción, el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta, produciendo los llamados SÍNTOMAS PSICÓTICOS.

Cuando tienes síntomas psicóticos puedes perder temporalmente el juicio de realidad. Es como si desconectases de ella, y es posible que interpretes lo que ocurre a tu alrededor de una forma extraña para los demás. Esto puede llevarte a comportarte de forma distinta a como lo haces habitualmente.

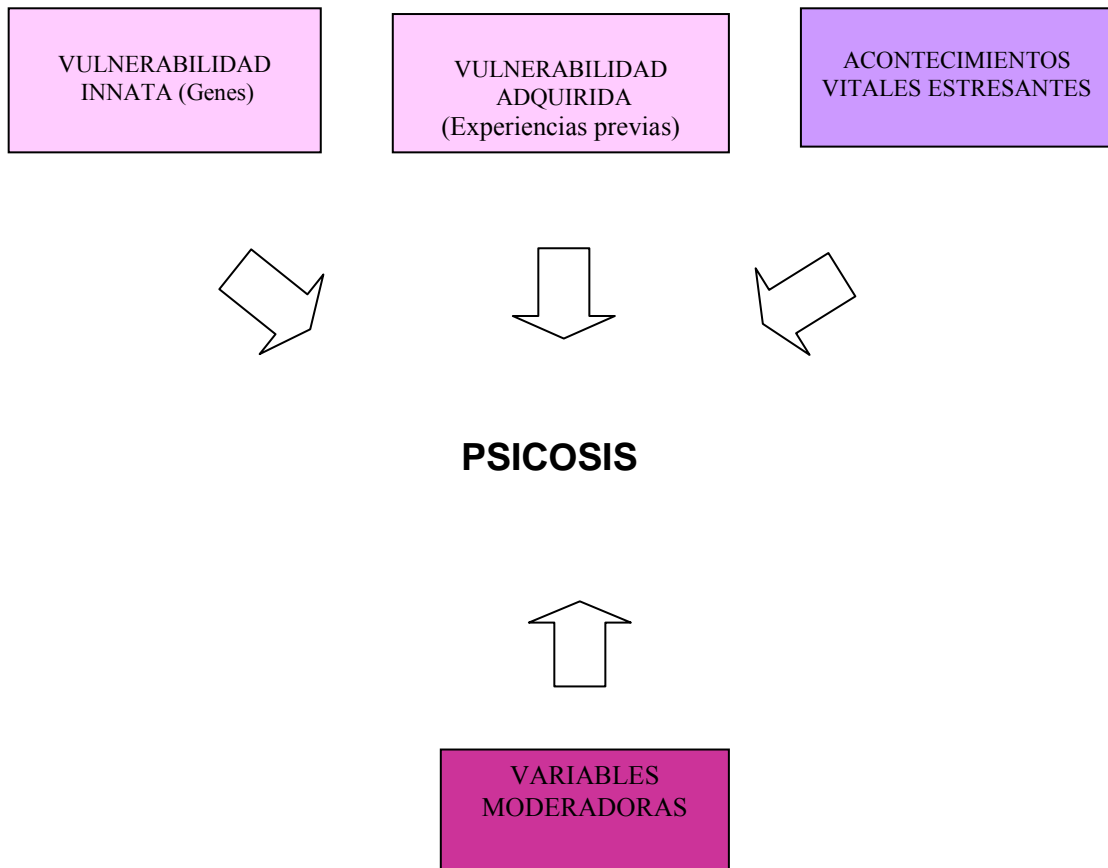
Algunas veces puede que no te des cuenta de que estás enfermo y sean los demás los que te digan que algo funciona mal.

La enfermedad puede hacerte más difícil la vida diaria (estudiar, trabajar, salir con los amigos...).

### **ETIOLOGIA: “¿POR QUÉ he enfermado?”**

Aún no se sabe a ciencia cierta qué causa estos trastornos. Una de las teorías que trata de explicarlos es el MODELO “VULNERABILIDAD-ESTRÉS”.

Según éste, la persona que desarrolla los síntomas de psicosis es más proclive a enfermarse que otros debido a factores biológicos (con los que se nace) y/o ambientales (del entorno que se habita)



El modelo es similar al que explica por ejemplo las infecciones. El que alguien contraiga una infección no depende sólo de la capacidad del germen para infectar, sino de la vulnerabilidad de la persona que es infectada (bajas defensas o escasa resistencia).

En el caso de la psicosis se piensa que puedes tener una predisposición innata (ej. genética) o adquirida (Ej. complicaciones al nacer, traumas, experiencias difíciles durante el desarrollo, etc.) que te hacen más vulnerable al estrés que termina desencadenando tu enfermedad (ej. drogas, muerte de algún familiar, excesiva presión en los estudios, etc.).

Una de las reacciones más frecuentes cuando te diagnostican una enfermedad mental, es preguntarte por qué, cuál ha podido ser la causa, qué has hecho mal o qué podrías haber hecho para evitarla. Lo mismo suele ocurrir en tus familiares. Cuando algo no funciona o sale mal, las personas deseamos encontrar algo o alguien a quién asignarle la culpa. Pero esta reacción, que es comprensible, no resulta práctica. Debes pensar en mejorar y mirar hacia adelante.

NO EXISTE UNA ÚNICA RAZÓN o factor que explique el inicio de la psicosis.

NO EXISTE UN CULPABLE.

### ¿CUÁL ES EL CURSO HABITUAL DE LAS PSICOSIS?

Las psicosis se consideran trastornos de LARGA DURACION en los que se alternan periodos de normalidad (ESTABILIDAD) y periodos de CRISIS (EPISODIOS y/o RECAÍDAS).

Durante las crisis los síntomas se presentan más claramente y las dificultades son bastante mayores, por lo que necesitas una atención más estrecha por parte de tus terapeutas y puede que llegues a necesitar un ingreso en el hospital.

Los periodos estables se caracterizan porque los síntomas están bien controlados y puedes llevar una vida normal.

La toma de medicación (ADHERENCIA TERAPÉUTICA) es crucial para prevenir las crisis.

Sin embargo, a veces incluso tomándola correctamente y yendo a las

citas con tu terapeuta de forma regular, puedes sufrir una crisis (RECAIDA o BROTES).

El objetivo prioritario de todos los tratamientos es prolongar los periodos de estabilidad, favoreciendo la adaptación a la vida normal.

**Evolución a largo plazo:**

Tras un primer episodio psicótico, lo que puede ocurrir es que:

a) Alcances la estabilidad la mayor parte del tiempo y sufras alguna recaída de vez en cuando. Los periodos de estabilidad pueden ser:

- Sin síntomas, haciendo una vida completamente normal y similar a la que hacías antes del primer episodio psicótico.
- Con algún síntoma en grado leve pero que impide que vuelvas a hacer exactamente el mismo tipo de vida que antes del primer episodio. Si esto te ocurriese, podrías sentirte algo mermado en tus capacidades y habilidades para adaptarte a la vida diaria.

b) Alcances la estabilidad y nunca vuelvas a tener otro episodio. Esto es menos frecuente y para conseguirlo va a ser muy importante que te procures que los factores protectores están presentes en tu vida y evites los de riesgo de crisis.

**Factores protectores:**

- Tomarte diariamente la medicación.
- Acudir a todas las citas con tu terapeuta.
- Que tu entorno sea estable emocionalmente.

**Factores de riesgo:**

- Que abandones o no tomes bien la medicación.
- Que tengas conflictos con otras personas.
- Que consumas drogas.

**Pronóstico:**

Es lo que puedes esperar de tu enfermedad: si vas a poder hacer vida normal, si hay algo que no podrás hacer, si irás a peor o a mejor... El pronóstico va a depender del diagnóstico concreto, es decir, del trastorno que hayan diagnosticado los especialistas.

**“¿Por qué he sufrido un primer episodio psicótico? ¿Qué enfermedad tengo?”**

Hay varios trastornos que pueden manifestarse en forma de episodio psicótico. A veces, no es posible realizar un diagnóstico preciso hasta pasados al menos 6 meses desde que se manifiestan los primeros signos y síntomas de enfermedad. Por este motivo, es necesario observar la evolución durante ese período de tiempo y fundamental que acudas a las citas de revisión con tus médicos o terapeutas.

Determinar el diagnóstico concreto es importante porque, basándonos en los conocimientos científicos sabemos que cada trastorno tiene una evolución determinada y un pronóstico más o menos favorable.

**ENFERMEDADES QUE CURSAN CON EPISODIOS PSICÓTICOS (POSIBLES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS):**1. Esquizofrenia

Trastorno de larga duración caracterizado por síntomas como DELIRIOS, ALUCINACIONES, enlentecimiento psicomotor, aislamiento social, alteraciones en la motivación y en la AFECTIVIDAD.

2. Trastorno Bipolar (Psicosis maníaco-depresiva)

Trastorno del estado del ánimo en que se alternan períodos de depresión (fase depresiva) con otros de euforia desmedida (fase maníaca).

3. Trastorno esquizoafectivo

Es un trastorno que incluye síntomas como los de la esquizofrenia junto a otros de tipo depresivo o maníaco. Estos síntomas pueden aparecer juntos o alternarse.

#### 4. Depresión con síntomas psicóticos

Depresión grave en la que llega a perderse el contacto con la realidad (psicosis). Se observan claros síntomas de depresión que culminan con los típicos síntomas de esquizofrenia (delirios y/o alucinaciones).

#### 5. Trastorno psicótico breve

Presenta uno o más síntomas psicóticos claros (ideas delirantes, alucinaciones, LENGUAJE DESORGANIZADO, ENLENTECIMIENTO Y DESCONEXIÓN DE LOS DEMÁS (COMPORTAMIENTO CATATÓNICO) o comportamiento DESORGANIZADO) durante menos de un mes.

#### 6. Psicosis no especificada.

Se manifiesta con síntomas psicóticos sin pertenecer a una categoría concreta de las anteriores.

En la mayoría de los casos, el diagnóstico definitivo no podrá establecerse hasta que no hayan pasado al menos seis meses desde el inicio de los síntomas. Puesto que la persona con más información a este respecto es el psiquiatra responsable del caso, cualquier duda acerca de tu diagnóstico debes de aclararla con él.

#### “¿CÓMO REACCIONA MI FAMILIA ANTE MI ENFERMEDAD?”:

TU FAMILIA TAMBIÉN SUFRE por tu enfermedad.

Las reacciones más comunes entre los familiares suelen ser:

- Negación de los síntomas, es decir, no querer darse cuenta que algo está pasando o atribuirlo a otros motivos como la edad o vuestro carácter
- Sentimientos de culpa (“Qué hemos hecho mal”)
- Vergüenza (“Qué dirán”)
- Pérdida (“Está muy cambiado, éste no es mi hijo”)
- Desesperanza (“Qué vamos a hacer”)

Por esto, vuestros familiares necesitan ayuda para:

- Comprender mejor lo que os está pasando
- Afrontar la situación con menos estrés
- Aprender qué hacer para ayudaros

- Mejorar la comunicación familiar y las relaciones entre vosotros

## ATENCIÓN FAMILIARES

Vuestra participación en un programa de tratamiento como el que os ofrecemos, os permitirá comprender mejor los síntomas de la enfermedad, os ayudará a afrontar problemas que suelen plantearse y a mejorar vuestras relaciones familiares. Además, os asesoraremos acerca de cómo buscar y recibir ayuda y hacer uso de los recursos comunitarios. Nuestro propósito es conseguir que cambiéis vuestra forma de reaccionar ante la enfermedad y que logréis crear un entorno familiar menos estresante y adaptado a las dificultades que estáis atravesando. Por supuesto, participar en un tratamiento psicoeducativo no significa que pueda o deba abandonarse la medicación o la atención que recibís de los profesionales que os asisten habitualmente, puesto que ambos tratamientos son necesarios y complementarios. Por mucho que se conozca y comprenda la enfermedad, LA MEDICACIÓN ES NECESARIA. Afortunadamente, gracias a las intervenciones precoces y al avance de los tratamientos las psicosis presentan un curso menos grave de lo que se creía hace unos años. Esto supone un motivo para la esperanza especialmente si se acompaña del trabajo conjunto de todas las personas implicadas en el tratamiento. Nosotros creemos, que es imprescindible que se forme un BUEN EQUIPO TERAPEUTICO en el que aúnen sus esfuerzos el propio paciente, su familia y los profesionales que procuramos asistirlos.

**ALGUNOS DATOS**

-Entre el 12% y el 22% de personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia y en torno al 5% en el caso del trastorno bipolar nunca volverán a tener otro episodio psicótico después del primero.

-Entre el 10% y el 50 % en trastornos psicóticos primarios y más del 50% en psicosis inducidas por sustancias puede producirse un restablecimiento completo tras un episodio psicótico.

-En general se asume que en pacientes con esquizofrenia, del 20 al 30% de los pacientes logran llevar una vida relativamente normal, el otro 20-30% experimenta síntomas moderados y el 40-60% restante experimentará síntomas más graves que repercutirán en su vida cotidiana de forma significativa. El pronóstico del trastorno bipolar también es variable. Entre un 30 y un 40% de los pacientes regresan a un estado libre de síntomas entre episodios. El resto puede seguir sufriendo variaciones del estado de ánimo que pueden interferir con sus actividades cotidianas.

:

## **SESIÓN 2: SÍNTOMAS PSICÓTICOS**

Son los síntomas típicos de las psicosis.

Para ser diagnosticado de un episodio psicótico (psicosis) no es preciso presentar todos ellos y es posible que sólo reconozcas en ti algunos. Cada individuo es único y la forma de manifestarse la enfermedad en cada uno también lo es.

Los síntomas pueden cambiar conforme evoluciona la enfermedad. En el futuro, podrías experimentar síntomas diferentes a los de ahora y/o los que sientes actualmente podrían aliviarse.

### **CLASIFICACIÓN:**

Los síntomas psicóticos se pueden clasificar en POSITIVOS, NEGATIVOS y AFECTIVOS. Esto no quiere decir que unos sean mejores que otros, sino que se llaman así según la forma que tienen de presentarse. Si los síntomas muestran algo que no existía previamente se llaman positivos (ej. Una alucinación) y si muestran la pérdida o falta de algo que existía antes se llaman negativos. Los síntomas afectivos tienen que ver con el estado de ánimo.

### **SÍNTOMAS POSITIVOS:**

#### **Delirios**

Son ideas de las que estás absolutamente convencido a pesar de que para los que te conocen y te quieren, son incompatibles con la lógica y con tu forma habitual de pensar.

Por ejemplo, uno puede estar convencido de que unos espías rusos te persiguen y se meten en tu pensamiento a través de unas microcámaras que son capaces de leerlo y difundirlo en radio y televisión.

Los delirios pueden ser:

- Delirios paranoides o persecutorios: estás convencido de que te quieren perjudicar, te perseguido, te engañan...
- Delirios autorreferenciales: estás convencido de que los gestos o comentarios de otros, los programas de televisión o radio, los periódicos... están especialmente dirigidos a ti, se refieren o tienen un significado especial para ti (Ej. Transmisión de algún mensaje).
- Delirios somáticos: estás convencido de que determinadas percepciones corporales implican algo especial o una enfermedad. (Ej: creer que el corazón no late).
- Delirios místico-religiosos: estás convencido de tener una relación especial con una divinidad o de ser tú mismo un elegido. Ej: creer que uno ha sido elegido como salvador del mundo
- Delirios de grandiosidad: estar convencido de estar dotado de poder, conocimientos, identidad o relación especial con una persona famosa o muy importante. Ejm: creerse capaz de tocar 10 instrumentos, de predecir el futuro, creer haber descubierto algo extraordinario o ser merecedor de un Premio Nobel...)

#### Desorganización del pensamiento

Se trata de alteraciones en la forma en la que fluyen o se estructuran las ideas.

- Descarrilamiento: pérdida del hilo conductor en la conversación
- Tangencialidad en la respuesta: “irse por las ramas”, respondiendo a cuestiones no directamente relacionadas con el tema en cuestión.
- Incoherencia y desorganización en el lenguaje: decir cosas extrañas y sin sentido.

### Alucinaciones

Son alteraciones de la percepción por las cuales puedes percibir un estímulo (auditivo, visual, olfatorio, táctil o gustativo) sin que este se haya producido en realidad.

- Auditivas: oyes voces (insultos, críticas, amenazas, órdenes o comentarios acerca de las conductas del individuo que las experimenta), sin que en realidad nadie te esté hablando. También podrían ser ruidos. Es la modalidad más frecuente.
- Visuales: ves cosas que no están ante ti físicamente.
- Olfativas: percibes olores que no están presentes.
- Táctiles: percepción de sensaciones por el cuerpo como hormigueos, cosquillas, sensación de que pequeños animales andan por la piel, etc.

### Conducta desorganizada

Alteraciones del comportamiento tales como:

- Deterioro en la higiene o arreglo personales.
- Conductas infantiles
- Inquietud, irritabilidad, hiperactividad... sin una causa aparente.
- Catatonia: es una alteración de la conducta motora que puede manifestarse como mínima reacción al entorno (estupor), rigidez en las posturas y resistencia a la fuerza, posturas mantenidas inapropiadas o extrañas y otras alteraciones del movimiento.

### Grandiosidad

Alegría y energía extremas que pueden llevarte a creer que tiene poderes especiales o que puedes con todo lo que te propongas.

### Susplicacia

Estado de sospecha casi constante ante las actuaciones o conversaciones de los demás. Puedes mostrarte desconfiado o creer que todo el mundo está en tu contra (ideas de perjuicio).

**SÍNTOMAS NEGATIVOS:**1. Embotamiento afectivo.

Te muestras menos expresivo, hablas menos, haces menos gestos, tiendes a no mirar a los ojos de quien habla contigo, te encierras en ti mismo, parece que nada te importa y que te da igual relacionarte con los demás.

2. Aislamiento emocional.

Es como si no sintieras nada, te distancias emocionalmente de los demás. Puedes experimentar dificultades para divertirte con lo que antes te gustaba (anhedonia). Te es aún más difícil expresar tu estado de ánimo al hablar (alexitimia).

3. Contacto pobre. Te muestras como alejado cuando los otros intentan comunicarse contigo y tu expresividad (tanto la verbal como la no verbal, es decir, tus gestos y movimientos) es muy pobre.

4. Aislamiento social. Te vinculas poco emocionalmente. Evitas relacionarte con los demás, incluso con los amigos y seres queridos.

5. Falta de espontaneidad y falta de voluntad (abulia) para iniciar actividades con un objetivo.

**SÍNTOMAS AFECTIVOS:**1) Alegría patológica (manía)

Euforia, optimismo y alegría exagerados que no son lo habitual en ti. Suele acompañarse de aceleración en lo que haces y piensas, hiperactividad, exceso de energía con menor necesidad de dormir, verborrea (no parar de hablar), excesiva autoconfianza, irritabilidad e incluso agresividad cuando se te contradice.

En algunos casos, en lugar de estar “tan alegre” podrías más bien manifestar mucho malhumor o rabia intensa que serán siempre más marcados que los que son propios de ti cuando estás bien.

2) Tristeza patológica (depresión)

Te sientes triste y desanimado, sin interés por lo que te rodea e incluso incapacidad para disfrutar de las típicas cosas que antes te gustaban. Normalmente estás enlentecido al moverte, al hablar y al pensar. Los

contenidos de tu pensamiento suelen ser negativos (desesperanza, culpa, vergüenza).

Además de los síntomas anteriores, en general, la psicosis también produce una alteración de las funciones cerebrales, algunas de las ellas son las llamadas *funciones mentales superiores*. Estas pueden ser medidas indirectamente a través de test neuropsicológicos que ponen de manifiesto lo que conocemos como *alteraciones cognitivas de las psicosis*:

- 1) Deterioro de la atención y de la concentración
- 2) Afectación de la memoria y la capacidad de aprendizaje.
- 3) Deterioro de las funciones ejecutivas. Este término hace referencia a un amplio conjunto de capacidades esenciales para obtener un comportamiento autónomo y adaptado. Entre estas capacidades se encuentran la anticipación de metas, la planificación, la organización de un proceso, la autocrítica, la capacidad de abstracción y la flexibilidad mental.

Por último, para reconocer el comienzo de alguna crisis y poder pedir ayuda cuanto antes, conviene estar alerta ante la aparición de síntomas como:

- Faltar a clase sin una razón clara.
- Disminuir el rendimiento académico.
- Usar drogas o alcohol
- Violencia o arranques de ira
- Amenazas de fuga o fugas del hogar o del colegio
- Aislamiento excesivo
- Cambios en el sueño o pesadillas
- Miedo a engordar, cambios en el peso o la alimentación.
- Promiscuidad sexual
- Dificultad para enfrentarse a los problemas cotidianos
- Ánimo bajo con una actitud pasiva o ideas de muerte
- Deseos de venganza por pequeñas cosas
- Amenazas de hacerte daño a ti mismo o a otros

- Quejas físicas
- Pensamientos o sentimientos extraños
- Comportamiento poco usual
- Rituales o “manías” excesivas
- Sensaciones de que te persiguen o quieren perjudicar
- Contactos con sectas

Negación obstinada de la realidad (ej. Empeñarse en que tus padres no están separados cuando es obvio que sí lo están).

## ATENCIÓN FAMILIARES

Además de todos los síntomas descritos, otra de las características de la psicosis es la escasa capacidad para reconocer que se padece un trastorno mental, así como la dificultad para interpretar los síntomas como manifestaciones de una enfermedad. Esta pobre conciencia de enfermedad (también llamada insight) tiene importantes consecuencias en el pronóstico, ya que está asociada con un peor cumplimiento del tratamiento, un mayor número de hospitalizaciones y, en general, un peor pronóstico clínico.

Por eso, es importantísimo que los familiares contribuyan a desarrollar la conciencia de enfermedad. Es muy conveniente que el paciente llegue a comprender y a aceptar que tras un episodio psicótico se encuentra en un período vulnerable en el que existe una mayor probabilidad de que sufra otras crisis. También que éstas pueden ser prevenidas con las terapias y la toma de la medicación. Cuando el paciente recibe la comprensión, y aceptación de los que le rodean, y no se siente descalificado por la enfermedad, mejora su opinión sobre él mismo y su apertura hacia los demás. Los sentimientos de vergüenza o de culpa, hacen que las personas se pongan a la defensiva cerrándose a explicaciones u otras perspectivas por lo que se hará más difícil que alcancen una adecuada conciencia de enfermedad. En cualquier caso y, aunque el apoyo familiar sea el adecuado, la falta de conciencia de

enfermedad suele ser uno de los síntomas más resistentes de la psicosis.

Un símil que ayuda a concienciar a los pacientes de la necesidad de atención continuada es el de enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión que son condiciones médicas que también requieren regímenes de vida especiales y unos tratamientos prolongados

Los reingresos, aun siendo situaciones desafortunadas, pueden convertirse en oportunidades pues sirven para ilustrar las circunstancias que han conducido a la recaída (por ejemplo, tras el abandono de la medicación o el consumo de tóxicos).

### **SESIÓN 3: TRATAMIENTO**

Tus terapeutas crearán un PLAN DE TRATAMIENTO individualizado para ti, que suele constar de **medicación y psicoterapia**.

Alguna vez puede llegar a ser necesario que ingreses unos días en el hospital, especialmente en los momentos de crisis.

#### **1. MEDICACIÓN** (tratamiento farmacológico):

El tratamiento farmacológico casi siempre va a ser NECESARIO.

LOS PSICOFÁRMACOS son medicamentos que actúan en el cerebro, ayudando a compensar o reparar los desajustes que han provocado los síntomas.

No todos los psicofármacos sirven para lo mismo ni son igualmente efectivos. Van a actuar de forma distinta en cada persona y por eso el tratamiento debería ser individualizado. Cada uno debe tomar exactamente lo que su médico le prescribe, independientemente de lo que tomen otras personas con síntomas parecidos a los tuyos.

Es difícil prever cómo funcionarán en cada paciente determinado medicamento, por eso en ocasiones, tu psiquiatra tendrá que probar distintas medicaciones hasta encontrar la más adecuada para ti. A veces necesitarás combinar más de un medicamento para conseguir la respuesta adecuada o contrarrestar los efectos secundarios de algún fármaco.

A continuación te describiremos los psicofármacos más habituales (ver Tabla 1):

1. Antipsicóticos o neurolépticos
2. Estabilizadores del humor o eutimizantes
3. Antidepresivos
4. Ansiolíticos
5. Hipnóticos o sedantes
6. Correctores

Estos nombres no describen su función exacta, sino que denominan la familia a la que pertenecen, lo que puede ocasionar confusiones cuando, por

ejemplo, te recomiendan un antidepresivo sin estar deprimido o un antipsicótico sin estar psicótico. Estos fármacos pueden complementarse unos con otros y por eso, alguien con síntomas psicóticos puede estar tomando antidepresivos para tratar alguno de los síntomas afectivos de la enfermedad.

FÁRMACO	INDICACIÓN	INTERACCIÓN	TOMAS
<b>Antipsicótico, Neurolépticos</b>	Síntomas psicóticos y fases maníacas en trastornos bipolares	El efecto terapéutico puede modificarse si se combinan los medicamentos con: - medicamentos no indicados - El alcohol (aumentan la acción depresora de algunos fármacos) - El café y el té (disminuyen los efectos de algunos medicamentos).	USO CONTINUO Y RESPONSABLE en cuanto a posología (dosis), frecuencia (tomas) y vía de administración (oral, intramuscular...), SEGÚN INDICACIÓN MÉDICA  NO modificar la toma sin consultar previamente con el psiquiatra. Una reducción de la medicación de forma brusca puede desencadenar un nuevo episodio psicótico.
<b>Estabilizador del humor</b>	Fases maníacas en trastornos bipolares y prevención de recaídas en trastornos afectivos		
<b>Antidepresivos</b>	DEPRESIONES desde moderadas a severas. ANSIEDAD y FOBIAS		
<b>Ansiolíticos</b>	Ansiedad, agresividad cuando está producida por angustia o ansiedad, e insomnio		
<b>Hipnóticos</b>	Inducen el sueño		
<b>Correctores, Anticolinérgicos, Antiparkinsonianos</b>	Efectos secundarios de los antipsicóticos		



### ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: (cumplimiento)

Para que los tratamientos sean efectivos es muy importante CUMPLIR el régimen indicado por el psiquiatra.

Generalmente, cuando tienes síntomas psicóticos no eres consciente de lo que te está sucediendo y, por lo tanto, no crees que necesites tomar medicación y estarás tentado a abandonarla o lo tomarás “a la carta”, según tu criterio personal. Esto puede por sí solo desencadenar una crisis.

Algunas creencias erróneas que han conducido a algunos pacientes a dejar el tratamiento o modificarlo según su propio criterio son \* :

- Crea dependencia
- Es una esclavitud
- Me da vergüenza
- Temo a los efectos secundarios
- Efectos secundarios (reales)
- No es sano
- No necesito tratamiento, estoy mejor
- Es incompatible con mi salud.
- El tratamiento no funciona
- Estoy desinformado

\* Encuesta BEAM sobre las razones más frecuentes para abandonar el tratamiento de pacientes bipolares.

Cuando se te pase por la cabeza alguna de estas ideas o similares, es importante que lo comentes con tu terapeuta para abordar el problema de raíz y buscar alternativas meditadas.

Nunca deberías modificar el tratamiento por tu cuenta sin consultar con tu psiquiatra.

### PRUEBAS DE SEGUIMIENTO:

Es posible e incluso deseable que tu psiquiatra te pida análisis de sangre y orina de vez en cuando, o incluso alguna otra prueba. Esto le permitirá controlar los efectos de la medicación sobre tu organismo de forma que si algo no fuera del todo bien, podría corregirse rápidamente. También te harán recomendaciones y sugerencias respecto al ejercicio físico y la alimentación.

### CÓMO ACTÚAN LOS FÁRMACOS

Algunos medicamentos pueden tardar entre 3 a 5 semanas en dar resultados positivos y sin embargos, sus efectos secundarios pueden aparecer desde el primer día. Debes tener paciencia y confiar en tu psiquiatra, porque la tendencia habitual es que los efectos secundarios vayan disminuyendo con el tiempo, llegando a desaparecer en muchos casos, mientras los efectos terapéuticos (los buenos) van apareciendo en mayor medida conforme van pasando los días.

Para llevar un control responsable de tu tratamiento puedes seguir estos consejos:

- Utilizar un recordatorio y establecer una rutina: Tomar la medicación siempre en el mismo sitio y a la misma hora, acompañándola con zumo, leche u otro alimento.
- Llevar un registro de las medicaciones tomadas y de los efectos terapéuticos beneficiosos y también de los efectos secundarios experimentados (ver capítulo de pródromos)
- Preguntar al médico todo lo que no se entienda respecto a las prescripciones y comentar los efectos secundarios.
- Si se olvida una toma, decírselo al médico y asesorarse qué se debe hacer en caso de que volviera a repetirse
- Llevarse la medicación si se sale fuera de casa
- No abandonar a medicación, aunque te encuentres bien.

## ATENCIÓN FAMILIARES

### CONSIDERACIONES EVOLUTIVAS

El uso de psicofármacos en la adolescencia plantea unos retos específicos y requiere que se realicen una serie de consideraciones:

- El primero de los retos es superar los reparos que los padres tenéis con respecto al uso de la medicación. Vuestras preocupaciones y dudas suelen estar bien fundadas y son comprensibles. Una de las preocupaciones expresadas por los padres más frecuentemente concierne al efecto potencial que estos fármacos pueden tener en el desarrollo adecuado de los chicos. En particular, la influencia negativa que pudieran tener en la adquisición de los hitos evolutivos propios de la adolescencia, principalmente los relacionados con el aprendizaje y el rendimiento académico. No obstante, es importante que comprendáis que las consecuencias a corto y largo plazo de una psicosis no tratada son extremadamente más graves y deteriorantes que los riesgos implícitos en el uso de los psicofármacos.
- En líneas generales, los adolescentes requerirán mayores dosis que los adultos para alcanzar efectos terapéuticos semejantes pues el metabolismo de los fármacos y su depuración es mayor. Además, el perfil de efectos secundarios es ligeramente diferente al encontrado en poblaciones adultas (dedicaremos un capítulo a los efectos secundarios)

- La mayoría de los psicofármacos que se emplean en niños y adolescentes (como la mayoría de las medicaciones pediátricas) se hacen en base a la experiencia e investigaciones realizadas en poblaciones de personas adultas. Esto significa que pueden no tener una indicación o autorización explícita de parte de las autoridades sanitarias pues, para que así sea, deben de existir estudios contrastados que sustenten su eficacia y seguridad. Aunque la experiencia clínica y algunos estudios realizados confirman que estos fármacos son tan necesarios y útiles como en los adultos, aún hacen falta más estudios para que se incluya la indicación y autorización de las autoridades en las guías farmacológicas oficiales. Mientras tanto, los profesionales están autorizados a usar estos fármacos siguiendo unas recomendaciones y según su criterio clínico. En muchos casos, el psiquiatra os pedirá que leáis y firméis uno documento que se denominan *consentimiento informado* en el que se explica los motivos de la prescripción, de los efectos secundarios y de las precauciones que debéis tomar.

El adecuado cumplimiento de los tratamientos en la adolescencia puede verse complicado por las actitudes y los comportamientos de las personas en esa época evolutiva. Son muy propios de este período los conflictos con figuras de autoridad, las necesidades incrementadas de autoafirmación y aceptación por los iguales, una atención desmedida por la imagen y/o preocupaciones relativas al esquema corporal. Además, los hábitos actuales de los jóvenes en cuanto a la organización del tiempo libre y el ocio (Por ejemplo, la tendencia a trasnochar y a

consumir alcohol u otros tóxicos para alternar), son difíciles de compatibilizar con los regímenes farmacológicos.

## **2. PSICOTERAPIA.**

Suelen consistir en reuniones con el terapeuta durante las cuales tú podrás explicar lo que te ocurre y expresar tus sentimientos. En esas reuniones el terapeuta podría preguntarte acerca de ti, de tus vivencias, pensamientos y sentimientos y tú puedes clarificar dudas haciéndole preguntas a él o ella. Aunque la relación paciente terapeuta se basa en el uso de la palabra (conversación) a veces pueden ocurrir momentos de silencio o expresión de emociones (llantos, risa...), es decir, cualquier elemento típico de una relación entre personas. A veces los terapeutas te pueden pedir que dibujes o escribas tus inquietudes, vivencias, sentimientos, etc. El objetivo más importante de la terapia es que tú llegues a comprender mejor lo que te ocurre y descubras formas de sentirte mejor y adaptarte más satisfactoriamente a la vida.

También puede haber psicoterapias para familias (psicoterapia familiar) e incluso para grupos de pacientes con enfermedades similares (psicoterapias de grupo).

Según incidan más en los sentimientos, los pensamientos o los comportamientos, las psicoterapias se denominarán de una u otra forma: psicoterapias psicoeducativas, interpersonales, cognitivas, conductuales, psicodinámicas, etc.

## **SESIÓN 4: EFECTOS SECUNDARIOS:**

La **medicación** presenta en ocasiones algún efecto secundario (un efecto no deseado que puede llegar a ser molesto)

Los efectos secundarios de los fármacos actuales son cada vez menos frecuentes y se contrarrestan más fácilmente con otras medicaciones.

En la actualidad, son muy infrecuentes los efectos peligrosos.

Lo mejor para evitarlos es reconocerlos e informar a vuestro psiquiatra para que os ayude a combatirlos o, en el peor de los casos, para que os cambie el fármaco en cuestión por otro similar pero sin los efectos indeseables del primero.

VENTAJAS de la medicación: EFECTO TERAPÉUTICO, reducción de síntomas y malestar generalizado. Normalización.

DESVENTAJAS de la medicación: EFECTOS SECUNDARIOS.

### **1. ANTIPSICÓTICOS o NEUROLÉPTICOS:**

*Son por ejemplo: Haloperidol, Zyprexa (olanzapina), Seroquel (quetiapina), Risperdal (risperidona), Zeldox (ziprasidona), Solian (amilsulpride), etc.*

a) Efectos secundarios neurológicos. Pueden producir: rigidez, contracturas musculares, disminución de los gestos de la cara, dificultad para mover los ojos, inquietud psicomotriz, incapacidad para quedaros quietos, temblor (de manos, lengua o cabeza), dificultades para andar ágilmente, disminución del movimiento de los brazos, dificultades con la escritura, dificultades para vocalizar, voz monótona y apagada, salivación excesiva e incluso babeo.

Este tipo de efectos suele aparecer en la primera semana del tratamiento y tienden a disminuir y, en muchos casos, desaparecer. En otras ocasiones, no aparecen nunca.

Algunos de estos trastornos del movimiento pueden aparecer después de muchos años de toma continuada de antipsicóticos. Se les llama DISCINESIAS TARDÍAS. Consisten en movimientos crónicos de grupos musculares (ej. músculos de la cara, especialmente de la boca, como si estuvieran siempre

masticando) Afortunadamente, los fármacos más modernos no suelen causar este indeseable efecto y puede prevenirse mejor.

Una forma muy rara de reacción adversa es el SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO: Es grave pero extremadamente infrecuente. Su causa desconocida y cuando ocurre comienza de forma brusca manifestándose con síntomas como fiebre alta, aumento de la frecuencia cardiaca, sudoración, palidez de piel, aceleración del ritmo respiratorio, dificultad para respirar, aumento del tono muscular y adormecimiento. Cuando aparecen síntomas de enfermedad grave es aconsejable dirigirse inmediatamente a un servicio de urgencias hospitalarias.

La mayoría de estos efectos se pueden controlar modificando la dosis o el fármaco, o bien con otra medicación correctora.

a) Efectos secundarios generales

Cuando se toman antipsicóticos se pueden producir en algunos casos:

Aumento de peso

Sedación (somnolencia)

Congestión nasal

Visión borrosa

Aumento de una hormona llamada **prolactina**, lo que puede causar: reglas irregulares en las chicas, galactorrea (emisión de leche por la mama), ginecomastia (crecimiento de las mamas en los chicos) y disminución del apetito sexual.

Sequedad bucal.

Estreñimiento.

Bajadas de tensión arterial.

**Taquicardia** (aceleración del ritmo del corazón).

**Dermatitis** (irritaciones en la piel), por lo que hay que tomar precauciones y evitar el contacto directo con el sol.

La mayoría de estos síntomas son molestos pero no alarmantes.

## **2. LITIO:**

Su nombre comercial es *Plenur* y suele utilizarse para trastornos Bipolares.

Puede presentar los siguientes efectos secundarios:

- Efectos gastrointestinales: náuseas, vómitos, retención de líquidos y diarrea.

- Temblor de manos.
- Somnolencia
- Pérdida de memoria.
- Irritación de la piel.

A largo plazo pueden aparecer problemas de la **glándula tiroides** y el riñón (por eso os suelen pedir unos análisis de sangre cada cierto tiempo).

**INTOXICACIÓN POR LITIO:** El litio es un fármaco que requiere un seguimiento estrecho de las dosis e incluso controles periódicos de su nivel en tu sangre. Por ello, debes aprender a reconocer una **intoxicación por litio** porque es un cuadro grave y que requiere atención urgente.

Aparecerán adormecimiento, diarrea y vómitos, desorientación en tiempo, lugar o persona; pérdida del equilibrio y marcha inestable; visión borrosa y **crisis convulsivas** (del estilo de las que ocurren en la epilepsia).

### **3. CARBAMACEPINA:**

Se puede observar con mayor frecuencia somnolencia, además de diplopía, visión borrosa, vértigo y náuseas.

### **4. ÁCIDO VALPROICO:**

Los efectos neurológico más relevantes son somnolencia, cansancio, irritabilidad, inquietud durante el sueño, hiperactividad, ataxia y temblor.

Otros efectos pueden ser la intolerancia gastrointestinal, pérdida transitoria del cabello, edema y disminución del nivel de plaquetas en sangre (trombocitopenia).

### **5. ANTIDEPRESIVOS:**

Dentro de los antidepresivos hay tres grupos principales cuyos efectos indeseables es importante considerar:

Los antidepresivos tricíclicos como la Amitriptilina o la Imipramina pueden ocasionar hipoglucemias, temblor, mayor sensibilidad a la luz y disminución en el recuento de leucocitos en sangre (leucopenia), además de un efecto sedante.

Los antidepresivos IMAO (inhibidores de la monoaminoxidasa) como la Fenelcina, pueden originar en orden de mayor a menor frecuencia insomnio, sedación diurna, sequedad de boca, aumento de apetito y/o peso, hipotensión y disminución de la libido.

Los antidepresivos ISRS (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) como la Paroxetina, Fluoxetina o Sertralina, se caracterizan por un número más

reducido de efectos secundarios, pudiendo aparecer náuseas, dolor de cabeza, ansiedad, insomnio o trastornos digestivos.

## **6. BENZODIACEPINAS:**

En general pueden aparecer alteraciones fundamentalmente en dos áreas:

- Comportamiento: Disminución del nivel de conciencia y de la coordinación motora, empeoramiento de la capacidad de atención y concentración.
- Cardiovascular: Descenso de la tensión arterial.

## **BUENAS COSTUMBRES RESPECTO A LA MEDICACIÓN**

-Lavarse las manos después del contacto con los fármacos.

-En caso de inquietud, explícale a los demás que es un efecto secundario de la medicación, para que te traten con calma y paciencia, y entiendan tu necesidad de moverte.

-Esfuézate en levantarte de la cama aunque tengas mucho sueño, tu cuerpo se irá acostumbrando y despertando poco a poco. Pide ayuda a quienes te cuidan si ves que tienes dificultades en algún momento del día y déjales que te muevan.

-Si tienes congestión nasal son convenientes los lavados nasales con suero salino fisiológico.

-Cuando hay sequedad bucal es aconsejable tomar agua con frecuencia, así como chicles o caramelos sin azúcar. También puedes usar enjuagues bucales

-Si aparece estreñimiento sigue una dieta rica en fibra (5 frutas y verduras al día), y bebe 2 litros de agua al día.

-Para evitar la bajada de tensión al levantarte de la cama o la silla, debes incorporarte muy progresiva y lentamente.

-La visión borrosa es un síntoma pasajero que permanece durante el comienzo de un nuevo medicamento antipsicótico pero tiende a desaparecer con el paso de unas semanas.

**LLEVA UN REGISTRO DE EFECTOS SECUNDARIOS,  
PARA QUE TU PSIQUIATRA PUEDA EXPLICARTE CÓMO  
TRATARLOS Y QUÉ PUEDES ESPERAR DE ELLOS.**

## **SESIÓN 5: CONSUMO DE TÓXICOS (DROGAS DE ABUSO) Y SU INFLUENCIA EN LA PSICOSIS**

Algunos chicos tenéis mucha información sobre drogas pero muchas veces procede de fuentes poco fiables y no es del todo correcta. Podéis conocer otros chicos que las consumen y a los que “aparentemente” no les pasa nada y por eso haceros a la idea de que no son peligrosas. Cuando escucháis información de los efectos perjudiciales de las drogas podéis “lavaros el cerebro” y deciros a vosotros mismos que “eso no me va a pasar a mí” Es muy importante que conozcáis los riesgos verdaderos de las drogas y aprendáis a decir que no cuando os las ofrezcan: ¡OS PUEDEN ARRUIINAR LA VIDA!

### **QUÉ SON LAS DROGAS:**

Sustancias que fumadas, ingeridas, inhaladas, esnifadas o inyectadas llegan hasta el cerebro, alterando sus funciones habituales. Las drogas pueden:

- Excitar, como los estimulantes (cocaína, cafeína, anfetamina, nicotina).
- Relajar, como los tranquilizantes (heroína o las benzodiazepinas).
- Alterar las percepciones, como los alucinógenos (cannabis, hongos, mescalina, LSD).

Algunas drogas, como el alcohol o el cannabis pueden provocar varias de estas reacciones según el tiempo de consumo, la dosis y la persona. Por ejemplo, pueden empezar activando (euforizando), seguir provocando un “bajón” que se percibe como relajante e incluso provocar alucinaciones o sensaciones terroríficas de que te persiguen o “te vas a volver loco” (la popular “paranoia” que muchos describís).



TIPOS DE DROGAS:

## 1.- DROGAS LEGALES

DROGAS LEGALES	FORMA DE CONSUMO	SÍNTOMAS INMEDIATOS	EFFECTOS TRAS CONSUMO HABITUAL
ALCOHOL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ingerido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desinhibición (ganas de hablar, mayor actividad, risas)</li> <li>Descoordinación</li> <li>Confusión, torpeza, enlentecimiento</li> <li>Disminución vigilancia</li> <li>Irritabilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteración del sueño</li> <li>Deterioro intelectual: memoria, confabulación</li> <li>Alucinaciones, delirios</li> <li>Cirrosis</li> <li>Cefaleas</li> </ul>
TABACO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fumado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relajación</li> <li>Disminución del apetito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bronquitis crónicas, enfisema pulmonar</li> <li>Enfermedades coronarias, úlceras de estómago y duodeno</li> <li>Cáncer (pulmón, bucal, de laringe, faringe, esófago, etc.)</li> <li>Alteraciones de visión periférica y visión nocturna</li> </ul>

DROGAS ILEGALES	FORMA DE CONSUMO	SÍNTOMAS INMEDIATOS	EFECTOS TRAS CONSUMO HABITUAL	NOMBRE COMÚN
<b>COMPONENTES NATURALES</b>				
<b>CANNABIS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Marihuana (flor)</li> <li>• Hachís (resina)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fumada (con tabaco)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excitación inicial</li> <li>• Relajación, somnolencia</li> <li>• Risa fácil</li> <li>• Dificultades: memoria, concentración</li> <li>• Alteraciones: colores, sonido, distancia, velocidad</li> <li>• Empeora síntomas psicóticos</li> <li>• Acelera recaídas psiquiátricas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración desarrollo intelectual: memoria, aprendizaje</li> <li>• Desmotivación, apatía, desinterés</li> <li>• Aumento de apetito</li> <li>• Reducción de defensas. Asma, cáncer pulmón, boca</li> <li>• Apatía sexual</li> <li>• Disfunción hormonal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porro</li> <li>• Peta</li> <li>• Canuto</li> </ul>
<b>COCAÍNA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esnifada</li> <li>• Fumada</li> <li>• Inyectada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Euforia, placer y bienestar exagerado</li> <li>• Agitación, ansiedad, temor</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Dificultades: concentración</li> <li>• Aumento de tensión arterial y pulso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad respiración, arritmias</li> <li>• Dolores de cabeza</li> <li>• Disminución del apetito</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Delirios, ideas suicidas, crisis de pánico</li> <li>• Apatía sexual,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Farlopa</li> <li>• Perico</li> <li>• Crack</li> </ul>
<b>OPIÁCEOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Morfina</li> <li>• Heroína</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inyectada</li> <li>• Inhalada/ Fumada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienestar, relax, alivio de preocupaciones</li> <li>• Pérdida apetito</li> <li>• Deshidratación</li> <li>• Dependencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro intelectual</li> <li>• Dificultad respiración</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Reducción de defensas.</li> <li>• Riesgo VIH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caballo</li> <li>• Dama Blanca</li> </ul>
<b>COMPONENTES QUÍMICOS: DROGAS DE SÍNTESIS</b>				

<p>ÉXTASIS ANFETAMINAS SPEED</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pastillas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bienestar, desinhibición</li> <li>Hipersensibilidad al tacto</li> <li>Deseo contacto físico</li> <li>Sequedad de boca, náuseas, sudoración</li> <li>Reducción dolor</li> <li>Contracción mandíbulas</li> <li>Cansancio, depresión</li> <li>Deshidratación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deterioro intelectual</li> <li>Disminución del apetito</li> <li>Insomnio</li> <li>Depresión, ansiedad, crisis de pánico</li> <li>Apatía sexual e impotencia</li> </ul>	
--	---	---	---	--

## 2.- DROGAS ILEGALES

### DAÑO QUE OCASIONAN:

Todas las drogas, independientemente del efecto que generen, pueden provocar daños a distintos niveles:

- Físico, cuando dañan el organismo (por ejem. bronquitis crónica o cáncer de pulmón por el tabaco)
- Psicológico, cuando dañan la relación de la persona con su entorno o consigo mismo (por ejem. conflictos de pareja por el alcohol)
- Psiquiátrico, cuando desencadenan alguna enfermedad que, sin el consumo de la droga, podría no haberse manifestado.

### TIPOS DE CONSUMIDORES ¿CUÁNDO EMPIEZA A SER PERJUDICIAL?:

- **ESPORÁDICO:** De vez en cuando (ej. fines de semana).
- **HABITUAL:** Frecuentemente y con mayores cantidades de sustancia.

- **PERJUDICIAL:** Cuando ocasiona problemas de relación con otras personas o una disminución de tu productividad en los estudios o el trabajo.
- **DEPENDIENTE:** Cuando tienes una necesidad inevitable de consumir en cualquier momento y cueste lo que cueste. Cada vez querrás mayores cantidades (drogodependencia). Aunque tu puedes decirte que “cuando quiero lo dejo”, comprobarás que no puedes pasar sin la droga.

Recuerda:

- No todo el que consume droga es un drogodependiente... pero está más cerca de llegar a serlo.
- Todas las drogas pueden crear dependencia y el que la provoquen o no, depende principalmente de la vulnerabilidad biológica y/o psicológica de cada persona.
- El alcohol y el tabaco son drogas, aunque no se consideren así socialmente. Producen mucha adicción y su consumo lleva a que se consuman otras y a la mezcla con otro tipo de drogas (Por ejemplo, si ya fumo, será más fácil que en alguna ocasión fume un porro en vez de un cigarro)
- La presión de los compañeros puede llevar al USO o ABUSO de las drogas.

ADICCIÓN:

Hay circunstancias psicológicas que facilitan la dependencia a drogas, como la baja autoestima, la incapacidad para resolver conflictos, la falta de responsabilidad personal. Además, existen factores sociales, como amistades intensas y poco recomendables, rupturas o relaciones amorosas, ideales, modas, presiones de grupos de amigos, miedo a sentirte rechazado o a quedarte solo, que tienen soluciones muy diferentes al consumo, que conducen sin embargo a este tipo de comportamientos.

GRUPOS DE RIESGO: LOS ADOLESCENTES

Los adolescentes sois el grupo de edad con mayor riesgo de iniciar el consumo de tóxicos debido a la búsqueda de sensaciones fuertes propia de vuestra

edad, a la intensidad con la que vivís vuestros problemas personales, a los numerosos cambios físicos, psicológicos y sociales que experimentáis, y a diferencias generacionales con vuestros padres, lo que os hace sentir menos comprendidos por ellos que por vuestros amigos.

La elección sobre el consumo de drogas sólo es posible si sabes a lo que te expones cuando las consumes. No existe “elección libre” del consumo de una droga, porque al ser sustancias que afectan al cerebro (ej. Voluntad, sensaciones, etc.) produciendo dependencia, toda decisión relativa a las drogas estará influida por esos efectos. Por eso, en este capítulo te hablaremos de ellas de forma sincera, sin exagerar ni ocultar información.

#### CÓMO REDUCIR O EVITAR EL CONSUMO DE DROGAS:

- **Infórmate**, pregunta tus dudas y opiniones en un ambiente de confianza, hablando con alguien bien informado y que te aprecie, para que la comunicación pueda ser clara, serena y sincera.
- **Expresa** en el ambiente familiar o entre los amigos aquellas ideas que te preocupen.
- **Realiza actividades** sanas de ocio, como algún deporte.
- **Pasa tiempo con tus padres**, habla con ellos, preséntales a tus mejores amigos y cuéntales lo que soléis hacer, sin tener por qué entrar en detalles que te incomoden.

Recuerda: “El consumo de drogas en adolescentes tiene una gran relación con los horarios de vuelta a casa por la noche”.

**DEBES TENER CLARO QUE, SIN NINGUNA DUDA, LAS DROGAS FACILITAN LA APARICIÓN DE ALUCINACIONES, DELIRIOS Y BROTOS PSICÓTICOS.**

## ATENCIÓN FAMILIARES:

Hemos incluido un capítulo específicamente dedicado al tema de consumo de tóxicos por los siguientes motivos:

- Es un tema que preocupa a la mayoría de los padres cuando tienen un hijo adolescente

- Es una realidad desafortunada que el uso y abuso de algunos tóxicos como el cannabis se ha extendido de una forma considerable en los últimos años. De hecho, el cannabis es la droga ilegal más consumida en la Unión Europea. Aproximadamente el 16% de la población de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años habrían consumido *cannabis* alguna vez en su vida, y cerca del 5% lo habrían consumido en el último año. Cuando se analizan los datos dentro de los países miembros de la Unión Europea, nos encontramos que España está a la cabeza de la lista, únicamente superada por Dinamarca y el Reino Unido. Hasta cierto punto esto ha normalizado o restado importancia a su consumo.

- Los adolescentes, debido a su momento evolutivo son una población de riesgo para el consumo, abuso o dependencia. El deseo de ser aceptado por el grupo, la tendencia a creerse invulnerables y a minimizar las consecuencias negativas de los tóxicos, los hace particularmente vulnerables. Además, la disponibilidad de las sustancias de abuso en ámbitos de ocio de los jóvenes es grande.

- Existen creencias erróneas o contradictorias acerca de las drogas. Conviene que los padres dispongáis de datos reales sobre las sustancias de consumo para así poder comunicar e intercambiar opiniones con vuestros hijos. En ocasiones, os sorprenderéis que ellos tienen más información (y desinformación) de la os podéis imaginar.

- Las drogas pueden producir cuadros psicóticos (psicosis tóxicas) o desencadenarlos en personas vulnerables.

- Las personas que han padecido un episodio psicótico son especialmente sensibles a los efectos nocivos de las drogas, de manera que las consecuencias negativas del consumo aparecen con patrones de uso “menores” que los de la población general.

- La tasa de consumo de drogas en pacientes con trastornos psicóticos es significativamente más alta que en población sana. Este consumo tiene profundas implicaciones para el curso y el tratamiento de la enfermedad y de hecho, existen muchas evidencias que sugieren que aquellos pacientes que abusan de drogas y alcohol tienen peor pronóstico que aquellos que no lo hacen.

## **SESIÓN 6: IDENTIFICACIÓN DE PRÓDROMOS Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS**

Una de las características de las psicosis es que pueden presentar recaídas o crisis, incluso a pesar de tomar adecuadamente la medicación.

Por eso, es crucial que tú y tus familiares identifiquéis las señales indicadoras de crisis para que podáis consultar precozmente y evitar problemas mayores.

Las primeras señales de las psicosis se llaman PRODRÓMOS y son cambios sutiles (leves) y poco específicos en el comportamiento que sueles experimentar antes de una crisis.

Si sabes identificarlos pronto reducirás la necesidad de hospitalización y la aparición de conductas dañinas, como intentos de suicidio o agresividad.

### **PARA QUÉ Y POR QUÉ HE DE ESTAR ATENTO A LOS PRÓDROMOS**

Cuando la recaída es inevitable, la detección de los pródromos os permite a ti y a tu familia estar preparados para afrontarla mejor.

Recordad que en cada persona aparecen unos pródromos determinados y no otros, por lo que tenéis que esforzaros por identificar cuáles suelen aparecer en vosotros cuando estáis a punto de tener una crisis, para así poder advertírselo a vuestras familias y terapeutas.

Conviene incluso que hagáis vuestro propio listado de pródromos, basándoos en experiencias previas y en vuestra forma de ser.

En la siguiente Tabla te presentamos un listado con los pródromos más frecuentes:

<b>PRÓDROMOS MÁS FRECUENTES</b>		
<b><u>COMPORTAMIENTOS</u></b>	<b><u>PENSAMIENTOS</u></b>	<b><u>EMOCIONES</u></b>
Inquietud	Dificultades de concentración	Tristeza
Agitación (inquietud intensa con agresividad)	Fácil distracción	Culpa
Falta de energía	Preocupación excesiva por pequeñas cosas	Ansiedad (nerviosismo)
Lentitud de pensamiento y movimientos	Desconfianza, suspicacia o duda constante	Falta de confianza en uno mismo
Empeoramiento de los resultados en el colegio o el trabajo	Bloqueo de pensamiento	Pérdida del sentido del humor
Aislamiento social	Uso de palabras peculiares	Llanto excesivo o risa sin motivo
Dificultades en el sueño	Comentarios sin sentido	Irritabilidad
Posturas extrañas	Obsesión con temas religiosos	Dar una importancia inusual a noticias o comentarios de los medios de comunicación
Mirada fija durante mucho tiempo	Aumento o disminución del interés en la sexualidad	Sentirse mal, inquieto o emocionado sin un motivo claro
Vestidos estrafalarios		
Descuido de la higiene personal		

Algunos pródromos son como los síntomas típicos de una crisis pero atenuados. Lo importante es que aparecen antes y cuando todavía no llegan a ser muy intensos, es decir cuando aún no se ha desencadenado la crisis.

*¡El papel de tu familia en la detección de los pródromos puede ser fundamental!*

**: PERMÍTELES QUE TE AYUDEN A DETECTARLOS**

#### REGISTRO DIARIO DE CONDUCTAS BÁSICAS:

Una buena forma de detectar cambios en el comportamiento, es llevar un registro diario de algunas conductas básicas como por ejemplo la toma de medicación. Un ejemplo de este registro podría ser el siguiente:

DÍA	MEDICACIÓN TOMADA	EFFECTOS SECUNDARIOS	ESTADO GENERAL	CONDUCTAS DESTACABLES
LUNES	SI	ALGO DE SUEÑO	UN POCO ANSIOSO	CONTENTO CON LA TERAPIA
MARTES				
MIÉRCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SÁBADO				
DOMINGO				

Es importante que tú mismo hagas tu propio registro y elijas un momento concreto para rellenarlo cada día.

#### PERSONA DE CONFIANZA:

Es muy útil si tú mismo eliges a una persona de tu familia encargada de “avisarte” cuando empiece a detectar señales de alarma. Esta persona puede ser también quién te ayude a rellenar el registro diario de síntomas, a percibir

tus conductas patológicas y que te ayude a monitorizarte de forma que termines teniendo una mejor conciencia de enfermedad.

La elección de esta persona debe ser negociada, nunca impuesta por tu familia. Es mejor si es alguien con quien tú tengas una relación más cercana o de confianza.

Una vez detectados los pródromos, el siguiente paso es la elaboración de un PLAN DE ACCIÓN para prevenir la crisis.

## **SESIÓN 7: EL ESTRÉS Y SU PAPEL EN EL EMPEORAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS**

### Qué es el estrés:

Es la respuesta de nuestro organismo (cuerpo y mente) a acontecimientos amenazantes.

Para describirlo solemos decir que estamos ansiosos (nerviosos).

Así, el cuerpo se prepara para la acción (instinto de supervivencia) y la mente se prepara para posibles cambios ante una situación nueva. El estrés deja de ser adaptativo cuando es demasiado intenso o cuando aparece en situaciones que por sí mismas no son amenazantes.

Tu nivel de estrés dependerá tanto de los **acontecimientos** que vives, como de la valoración que hagas de tus propios **recursos** para hacerles frente. Por tanto, aunque no puedes cambiar los acontecimientos que ocurren a tu alrededor, sí puedes intentar modificar tu forma de percibirlos y aprender estrategias para resolverlos más eficazmente.

### Componentes del estrés

El estrés se manifiesta en tu propio cuerpo, en tus pensamientos y en tu comportamiento.

A nivel fisiológico o corporal: sudoración en las manos, palpitaciones, etc...

A nivel cognitivo o de pensamientos: “No voy a poder soportarlo”, “Jamás saldré adelante”, “Soy peor que los demás”, etc.

A nivel conductual o de comportamiento: huída de la situación, comer compulsivamente, etc.

Para controlar el estrés es importante reconocer las señales fisiológicas, cognitivas y conductuales típicas de los estados de nerviosismo. Una vez conocidas estas primeras señales, ya estaremos preparados para identificar las situaciones que las provocan y hacer una lista de ellas. En este punto pasaremos a plantearnos las siguientes preguntas:

¿Cómo me siento ante esta situación?

¿Qué cambios noto en mi cuerpo?

¿Y en mi forma de pensar?

## ¿Cómo actúo ante ella?

Estas preguntas darán paso a la elaboración de un PLAN DE ACCIÓN en los tres niveles de los que hablamos antes:

Nivel fisiológico o corporal: Controlar la activación corporal.

Esto puede conseguirse con distintas técnicas (técnicas de relajación, control de la respiración, ejercicio físico, etc.).

Nivel cognitivo o de pensamientos: Cuando estamos nerviosos solemos exagerar lo negativo. Si reconocemos estas exageraciones derivadas de la ansiedad, podemos intentar cambiarlas por pensamientos más realistas, optimistas y adecuados a la solución del problema que tengamos entre manos.

Nivel conductual o de comportamiento: Generalmente, cuando algo nos estresa tendemos a evitarlo o actuar impulsivamente (sin pensar las consecuencias de lo que hacemos), y ambas conductas suelen resultar bastante poco eficaces. Entre este tipo de conductas están por ejemplo el consumo de sustancias (alcohol, drogas...) o la tendencia a encerrarnos en nosotros mismos, aislándonos del mundo. Aunque estas soluciones podrían parecer efectivas a corto plazo, a la larga producirán un “efecto rebote”, es decir, que la próxima vez que nos enfrentemos a un problema similar la carga de ansiedad será mayor. Como ya hemos mencionado, una evaluación detenida de la situación y la petición de ayuda para afrontar el problema que no sepamos solucionar serán mejores opciones que no pensar y huir (“evitar”).

### Psicosis y estrés

Padecer una psicosis suele resultar estresante. La mejor forma de afrontarlo es identificarlo y controlar sus efectos en los tres niveles.

Es importante que no estés ni hipoestimulado (es decir, aislado del resto) ni sobreestimulado (con alguien encima todo el tiempo). Por ejemplo, cuando predominan los síntomas negativos (abulia, apatía, embotamiento afectivo...), puede resultar difícil que hagas ejercicio físico a horas fijas todos los días y puede resultar más provechoso marcarse objetivos realistas y menos ambiciosos, como hacer la cama o poner la mesa.

## **SESIÓN 8. FACTORES PROTECTORES EN LA PSICOSIS**

Factores que pueden mejorar la evolución de la enfermedad y prevenir la aparición de crisis.

### **RELACIÓN CON LA FAMILIA**

Es el factor principal para la recuperación y el mantenimiento de la mejoría. Muchas veces, la convivencia diaria supone un agotamiento y un sobre esfuerzo que puede terminar desencadenando estrés entre los miembros de la familia.

Por la tendencia al aislamiento social que te produce la psicosis, es probable que durante un tiempo haya algún miembro de tu familia que pase más tiempo contigo en casa, acompañándote o haciéndose responsable de tus cuidados. Es importante que tu familia mantenga un contacto fluido con el terapeuta para seguir las pautas más adecuadas para ayudarte.

### **RELACIÓN CON EL TERAPÉUTA**

El terapeuta ideal apoya de forma individualizada al paciente y está a disposición de sus familiares cuando lo necesitan. Dispone de los conocimientos necesarios y trabaja en equipo para buscar la recuperación y mantenimiento de la salud. Es muy importante que la comunicación con tu médico (responsable de tu caso) sea buena, que confíes en él y le expliques con sinceridad tus vivencias y sentimientos. Él podrá ayudarte mejor si te conoce bien y sabe todo lo que te ocurre. Esa información es confidencial pero le ayudará a él a tomar las decisiones más convenientes con respecto a tu tratamiento (ej. Cambio en la dosis de medicación) para que así puedas restablecerte cuanto antes.

### **ESTABILIDAD**

El reto básico que debemos plantearnos es alcanzar la estabilidad del cuadro clínico (síntomas). Alcanzar un estado lo más parecido como sea posible a cuando te encontrabas bien. El tratamiento tiene también como objetivos tu bienestar personal, fomentar una adecuada autoestima y que puedas mantener relaciones personales lo más satisfactorias como sea posible. En último término debe promoverse una mejoría duradera. Para ello es importante que te

entrenes y adquieras habilidades que te ayuden a resolver y afrontar los problemas que la psicosis te plantea y los que te vayan surgiendo en tu relación cotidiana con tu familia, amigos, profesores y compañeros de colegio.

Para evitar conflictos, puedes acostumbrarte a desarrollar y mantener las siguientes actitudes y habilidades de afrontar problemas:

1. Concretar el problema. No te vayas por las ramas. Identifica exactamente lo que te está molestando: descríbelo.
2. No generalizar a problemas pasados. No mezcles asuntos y relaciones con situaciones desagradables que te pudieran haber ocurrido en el pasado.
3. Analiza la situación lo más objetivamente como sea posible. No interpretar todo subjetivamente, analizarlo en frío.
4. Cuando busques posibles soluciones, haz una lista de todas las posibilidades que se te ocurran.
5. Reflexiona sobre las ventajas e inconvenientes de cada situación. Prioriza las soluciones sopesando ventajas e inconvenientes.
6. Elige cuál de las soluciones es más conveniente. Organiza un plan de acción.

### ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Son hábitos de vida saludables:

- Practicar algún deporte (mejor que no sea de competición o riesgo). Nunca practicar deporte justo antes de ir a dormir.
- Mantener horarios regulares de sueño: cenar temprano y de forma ligera. EVITAR EL ALCOHOL.
- Realizar actividades relajantes, como un baño nocturno y un vaso de leche caliente antes de dormir.
- Ir a la cama sólo para dormir cuando tengas sueño y sea la hora, y levantarse de la cama rápidamente al despertar.
- No comer muchas grasas, evitar el picoteo y hacer cinco comidas al día.

- Realizar actividades que te gusten, como sacar al perro, ir al fútbol, realizar manualidades, etc.
- Relacionarse con amigos y familiares que te hagan sentir bien.

Es fundamental que tu familia se implique apoyándote para lograr estos objetivos. Suele ayudar que los distintos miembros de la familia repartan las tareas y responsabilidades entre todos para no sobrecargar a uno de ellos. Seguramente, te ayudará que tu familia haga todo lo posible por motivarte e incentivarte. Una forma muy efectiva de hacerlo es cuando refuerzan tus logros e iniciativas por pequeños que sean. Explícales cómo pueden apoyarte y pídeles que cuenten contigo para la planificación de cualquier actividad a realizar.

## ATENCIÓN FAMILIARES

A menudo, cuando las familias tienen conflictos importantes o se enfrentan a la tarea de manejar problemas emocionales severos, se olvidan de hablar de otros temas diferentes a los relacionados con la enfermedad. Los problemas se convierten en el centro de las conversaciones, lo que termina empobreciendo la vida familiar. Las personas de esa familia comienzan a sentir que prefieren evitar el contacto entre unos y otros, pues este se torna incómodo. Progresivamente, puede terminar produciéndose un enrarecimiento de las relaciones, una ruptura de los lazos emocionales y un aislamiento de las personas en el seno de la familia hasta el punto de que, el núcleo social que nos debería sostener y apoyar, acaba siendo un grupo de “enemigos en casa”.

Al centrarse sobre todo en los problemas, la familia también puede influir negativamente en el paciente a quién, sin querer, se le señala y puede llegar a transmitírsele la imagen de que todo en él es problemático restándole también oportunidades de expresión de sus aspectos más sanos y adaptativos. Este mismo efecto puede producirse en el resto de los

miembros de la familia, que al volver una y otra vez sobre los aspectos negativos y preocupantes de sus vidas, van viendo mermado su sentimiento de competencia.

A menudo, encontrareis que es difícil encontrar el tiempo y la oportunidad para hacer lo que recomendamos a continuación, pues el estilo de vida actual, hace muy complicado que las familias puedan encontrarse de forma relajada y placentera. No obstante, creemos que es muy conveniente que las familias consigan:

- Crear un ambiente predecible: mantener rutinas familiares
- Cuidarse: no perder contacto con los amigos, mantener espacios de disfrute y ocio
- Crear una cultura familiar de comunicación fluida (ver siguiente lección— como mejorar la comunicación). Crear espacios de charla neutra o no cargada emocionalmente (hablar de temas agradables)
- Evitar discusiones acaloradas o expresiones de emociones excesivas; esto no quiere decir que uno no exprese el desacuerdo. Los desacuerdos son normales pero pueden transmitirse de forma que no resulten dañinos. Dedicaremos un capítulo completo a cómo mejorar la comunicación
- “No dejar para mañana lo que puedas decir hoy”. Solamente, “Deja para mañana lo que no puedas decir hoy de una forma modulada”

## **SESIÓN 9. IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN LA FAMILIA:**

Las relaciones familiares no son causa de psicosis. Sin embargo, ciertos estilos de relación y/o comunicación, pueden contribuir a crear tensiones y éstas pueden precipitar recaídas en personas enfermas o en riesgo.

### Tipos de comunicación:

Hablaremos de dos tipos de comunicación: la verbal o “lo que se dice” y la no verbal o “cómo se dice”.

La verbal permite transmitir mensajes claros.

La comunicación no verbal es indirecta y debe ser interpretada por quien te escucha.

Los conflictos de comunicación pueden tener varios orígenes:

- 1) Una interpretación errónea del mensaje no verbal
- 2) Que el mensaje verbal y el no verbal sean contradictorios (Doble vínculo)
- 3) Que la parte verbal y la no verbal sean poco claras y esto dificulte su comprensión.

La comunicación en tu familia debe ser CLARA, DIRECTA Y CONCRETA, basada en el componente verbal y sin dar pie a una interpretación errónea del componente no verbal por parte de las distintas personas implicadas en la comunicación, porque esto suele ser una fuente de confusión y conflictos. Por ejemplo, algunos/as chicos/as no os sentís queridos/as y actuáis involuntariamente llamando la atención en muchas ocasiones, porque os cuesta transmitirlo a vuestros familiares. En el fondo, muchas veces estáis lanzando el mensaje: “Quiero que me queráis o que escuchéis lo que tengo que decir y no sé cómo decir” Usar estos comportamientos como “llamada de atención” (por ejemplo, las desobediencias, el no ir a clase, etc) es muy perjudicial porque:

- no comunican realmente lo que uno desea de la otra persona o lo que se siente
- confunden a las otras personas y dan lugar a malos entendidos
- no suelen solucionar los problemas sino que los agrandan

CONCLUSION: Cuando quieras decir algo, dilo claramente, exprésalo directamente y trata de hacerlo de forma calmada.

#### Niveles de comunicación:

Existen varios tipos de comunicación:

Comunicación informativa: diciendo únicamente lo que ha sucedido, sin transmitir lo que ese acontecimiento supone para quien lo está contando. Es una comunicación “tipo telediario”.

Comunicación racional: además de contar lo sucedido, se introducen opiniones y reflexiones de uno mismo para influir en quien le escucha.

Comunicación emotiva y profunda: informa sobre sentimientos, afectos y emociones. Es el ideal de comunicación. Así manifestamos nuestra intimidad.

La ausencia de comunicación profunda en una familia puede provocar en sus miembros sentimientos de soledad o de abandono y, a la larga conducir a la búsqueda de gratificaciones en otro lugar; a menudo esto se hace de forma inadecuada (Por ejemplo, entablar relaciones con personas que nos pueden ser perjudiciales para satisfacer la necesidad de cariño, consumir tóxicos, etc.).

#### Comunicación de aspectos positivos:

Es muy frecuente encontrar familias en las que sólo se habla cuando hay problemas o para llamar la atención a los demás por lo que hacen mal. No están acostumbrados a comunicar emociones positivas. La comunicación de aspectos positivos sirve para reforzar el vínculo entre las personas y crear un marco de respeto mutuo. Además, es mucho más fácil lograr que una conducta se repita cuando ha sido reforzada (sobre todo cuando el refuerzo es de tipo social: una sonrisa, un halago, un abrazo...) por lo que cada vez que uno de los miembros de la familia realiza una conducta positiva, debería ser reconocida y premiada por los demás.

Las personas que han experimentado síntomas psicóticos suelen tener una baja autoestima y sentirse rechazados. Por eso, este tipo de refuerzos positivos son de vital importancia para restablecer un buen concepto de ellos mismos. También es crucial evitar la crítica constante, y la descalificación personal o, mostrar otro tipo de actitudes extremas como la sobreprotección.

Esto no quiere decir que se les tenga que dar la razón en todo momento y “seguirles la corriente”. Cuando la persona está condicionada por los contenidos delirantes del pensamiento es más adecuado expresar claramente y con enorme respeto que se está en desacuerdo con estos contenidos delirantes, al tiempo que se transmite que percibimos cómo se sienten y que no nos gusta verles sufrir.

Para mejorar la comunicación:

- Evitar etiquetar negativamente a los demás, con prejuicios. Las etiquetas negativas ponen al otro a la defensiva.
- Ser específico. Decir “Eres un pesado” es mucho menos útil que “Me gustaría que no me repitieses tantas veces que ordene mi habitación, basta con que me lo digas una vez”. Más que una crítica, lo que se hace es una propuesta de cambio.
- Discutir los temas de uno en uno.
- No acumular emociones negativas sin expresarlas, ya que, cuando se “estalla”, se suele hacer de forma destructiva y desproporcionada.
- Evitar los términos "siempre" y "nunca" pues raras veces son ciertos y ponen al otro a la defensiva.
- Elegir el lugar y el momento adecuados para cada conversación, en función de lo que queramos comunicar: si se trata de una crítica, es mejor hacerla a solas con el otro mientras que si se trata de un elogio, será bueno que esté rodeado de personas importantes para él.

## **SESIÓN 10: CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE LA ADOLESCENCIA:**

Algunos de tus comportamientos rebeldes no se deben a la enfermedad, sino al momento vital en que te encuentras: la adolescencia.

La adolescencia es una época difícil por los numerosos cambios (físicos, emocionales y sociales) que tienes que aceptar.

A veces te tratarán como a un niño (tu opinión no tiene importancia, no puedes expresar libremente tus sentimientos...) mientras otras te exigirán como a un adulto (tienes que ser responsable, emocionalmente estable...).

### Características de la adolescencia:

La principal misión de las personas en la etapa de la adolescencia es descubrir la propia IDENTIDAD PERSONAL: ¿Quién soy yo?, ¿Qué quiero? y ¿De que soy capaz? Obviamente, esto es algo que uno sigue haciendo toda la vida. Sin embargo, en la adolescencia esas preguntas se hacen más importantes.

El verdadero papel de tus padres es el de ayudarte a responder a estas preguntas de la forma más adecuada posible.

En ocasiones, esa búsqueda de identidad te lleva a rechazar algunas de las aficiones y costumbres típicas de tu niñez, lo que tus padres pueden interpretar negativamente porque a ellos también les cuesta reconocer que te haces mayor y sienten amenazada la autoridad que tenían sobre ti cuando eras pequeño. Que vayas siendo más independiente no significa que tengas que desobedecer o rechazar la autoridad de tus padres. Significa que podrás ir relacionándote más de igual a igual y usando formas de interaccionar más adultas (Por ejemplo, hablando, negociando).

Durante la adolescencia aparecen tres necesidades fundamentales:

- Intimidad (tu vida personal)
- Autonomía (ser tú mismo, sin necesitar tanto a tus padres)
- Originalidad (encontrar la forma de diferenciarte de los demás).

La búsqueda de esas necesidades requiere consejo, apoyo, supervisión y comprensión por parte de las personas que te quieren y tienen más experiencia en la vida que tú (ellos pasaron por lo mismo).

Para ti, en esta etapa los amigos íntimos, los secretos, los diarios personales... son muy importantes y las personas adultas de tu entorno deberían saber dejarte un espacio personal para encontrar tu propia identidad.

Necesitas tomar decisiones y asumir la responsabilidad sobre ellas. Los padres que no respetan esas necesidades suelen provocar la infantilización del adolescente o su ruptura violenta con los modelos familiares. Cuanto más inflexible y rígida sea la familia, más radical será la forma de buscar la autonomía.

En ocasiones, tus padres podrían reaccionar de forma impositiva ante tu necesidad de expresar tu originalidad. Por ejemplo, forzándote a que te comportes de una determinada manera “porque en nuestra familia siempre lo hemos hecho así”. Estas actitudes podrían llevarte a veces a expresar tu originalidad entre tus amigos o en tus ámbitos de relación usando comportamientos, inadecuados o perjudiciales que a la larga sólo consiguen distanciarte aún más de tus seres queridos. Idealmente, deberías sentir que tienes un papel diferenciado dentro del entorno familiar. Muchas veces las “crisis de originalidad” no son más que formas de protesta para que te escuchen y te reconozcan. Tienes derecho a que los demás te admitan tal y como eres...pero para eso has de dar indicios de que sabes quererte y respetarte mostrando actitudes responsables y sanas hacia ti mismo y hacia los demás.

Necesitas que te dediquen **TIEMPO, INTERÉS, ATENCIÓN** y, sobre todo, que te reconozcan como persona única y valorada. Para que te consideren mayor, también habrás de comportarte como mayor. Es decir, deberás dar muestras de ser una persona de la que se pueden fiar y que sabe cuidarse (no como los niños que necesitan que los cuiden y hagan las cosas por ellos) También tú deberás de dedicarles tiempo a tus padres e interesarte por ellos como personas. Conforme creces, te darás cuenta de que ellos no son dioses, no lo saben todo, que sufren, que tienen dudas y sentimientos propios. Crecer significa también ir modificando la idea que tenemos de nuestros padres y verlos como personas (con sus sentimientos, logros, equivocaciones, dudas, gustos, aficiones, miedos, etc).

## **SESIÓN 11. MANEJO DE CRISIS**

A lo largo del curso de la enfermedad se pueden producir crisis.

La mejor forma de evitarlas es prevenirlas y reconocer sus primeros síntomas, para poder comunicárselos pronto a los terapeutas y que ellos te ayuden a afrontar las crisis cuanto antes. Ya hemos hablado anteriormente de la importancia de reconocer los signos y síntomas incipientes (pródromos) y de que se den los factores protectores en el día a día (por ejemplo, un ambiente emocionalmente distendido) No obstante, puede darse el caso de que ocurra una crisis. En esas situaciones suele ser muy útil tener un plan escrito de intervención al que recurrir y que se habrá elaborado previamente.

Este plan contendrá algunos de los siguientes datos:

- Nombre y teléfono del familiar con el que más confianza tengas y cuya autoridad respetes.
- Nombre y teléfono de tu terapeuta principal (psiquiatra, psicólogo, enfermero, médico de familia, trabajador social,...) y del centro de urgencias psiquiátricas al que debes acudir.
- Listado de responsabilidades de tu familiar de confianza (por ejemplo, avisar a amigos, al centro de estudios o al trabajo, finanzas, cuidado de los hermanos si los hubiera, etc)
- Lista de medicación.

Cuando sientas que la situación se escapa a tu control es importante que tengas en cuenta las siguientes consideraciones pues te serán beneficiosas:

- Evita amenazar y criticar de forma destructiva.
- No grites para hacerte escuchar.
- No engañes o trates de encubrir la realidad de lo que te ocurre o preocupa (Un símil que te puede ayudar es que, por mucho que uno barra la suciedad y le oculte debajo de una alfombra, ésta no desaparece)
- No esperes que tu familia te vaya a seguir la corriente si están en desacuerdo contigo: escucha lo que tengan que decirte.

- Evita discusiones sobre lo que hay que hacer, confía en quienes te quieren.
- Evita conductas retadoras.
- Evita la agresión, “la violencia sólo genera violencia”
- 

Las crisis pueden ocurrir incluso tomando la medicación correctamente y pueden ser debidas a que necesitas un reajuste farmacológico. En situaciones en las que te sientes inestable es conveniente:

- Reducir el ritmo de vida y tratar de descansar
- Evitar el exceso de actividad.
- Evitar el alcohol, especialmente durante las crisis.
- No tomar decisiones importantes en esos momentos y esperar a estar más estable y en condiciones de sopesar pros y contras.

En ocasiones y pesar de poner todos los medios a nuestro alcance, es preciso recurrir a un ingreso hospitalario o una atención especializada intensiva para tratar las crisis. Procura entenderlo como parte del proceso y no vivirlo como un fracaso. Si te es posible, colabora todo lo que puedas con las personas que te tratan para que la crisis sea BREVE Y MINIMIZAR sus consecuencias.

**APÉNDICE****GUÍA PARA ADOLESCENTES Y FAMILIARES QUE QUIEREN ENTENDER  
Y AFRONTAR LA PSICOSIS****1) ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD**

- a) Atento a signos y síntomas. Pueden ser las primeras señales de alarma.
- b) Cuéntaselos a tu médico o terapeuta, mantén la calma, no te avergüences. No busques culpables, probablemente no los hay.
- c) “Sin prisa pero sin pausa”:

Cuanto antes intervengas mejores resultados obtendrás, pero sin aturullarte.

La recuperación lleva tiempo. Plantéate metas realistas y trata de resolver los problemas “paso a paso”

- d) Tú eres quien más puede hacer por ti, especialmente pidiendo ayuda cuando puedas necesitarla.

**2) PARA PONERTE BIEN ANTES Y PREVENIR LAS RECAÍDAS**

- a) Toma la medicación tal como te lo haya indicado el médico.

Si un día no quieres tomarla, díselo a tu familia y luego a tu médico en la siguiente visita.

Si decides dejar la medicación, díselo antes a los demás (padres, médicos, terapeutas...).

Cuéntale al médico cómo te hace sentir la medicación, incluso los efectos adversos, para que él pueda ajustarte mejor la dosis y elegir el mejor fármaco para ti.

- b) Mantente atento para prevenir las crisis.

Signos y síntomas que anuncian que puede venir una crisis (pródromos). Habla de ellos en la terapia.

Cuando los notes (los pródromos), disminuye tu ritmo de vida y busca en quien más confianza tengas.

Trata de anticiparte a los acontecimientos de la vida que pueden estresarte.

¡No consumas tóxicos!, para ti, son como un “veneno”.

c) Intenta mantener un buen ambiente con tu familia. Ellos son el primer apoyo con el que cuentas, quienes mejor te conocen y más te quieren.

Respetar las reglas de casa. Si no las tienes claras o no estás de acuerdo, coméntaselo a tu terapeuta.

Mostrar entusiasmo o estar en desacuerdo es normal, pero es conveniente hacerlo de forma adecuada, sin voces, insultos...que únicamente enrarecen el ambiente.

Encuentra tu propio espacio en casa, donde no te sientas agobiado por los demás, y si esto sucede, suele ser bueno saber decir educadamente “no” o “déjame un momento”, el mensaje llega mejor así.

Intenta mantener el contacto con los amigos, salir y pasarlo bien.

d) Intenta llevar una vida ordenada en cuanto a:

Horarios de sueño y alimentación. Si vas trasnochar, que sea el fin de semana y siempre el mismo día (por ejemplo, el sábado por la noche).

Nada de drogas (¡ni alcohol!). Si piensas beber algo, háblalo antes con tu médico o terapeuta.

Haz ejercicio diariamente (paseos, deportes,...lo que puedas).

Disminuye tus responsabilidades y evita estresarte.

Respetar un tiempo diario para el descanso.

e) Evitar cambios bruscos de vida.

### 3) COMUNÍCATE CON OTROS

a) Encuentra tiempo para charlar con amigos y familiares de temas que no tengan nada que ver con la enfermedad.

b) Di lo que piensas.

c) Evita las mentiras y las críticas.

d) Ignora a los que te critican a la ligera y escucha a los que sabes que te quieren ayudar.

e) Intenta actuar de forma consecuente con lo que piensas, sin complicarte mucho la vida. Sobre todo, no hagáis lo contrario de lo que decís.

f) Evita interpretar lo que los demás te dicen, intenta centrarte en el mensaje como tal y, si tienes dudas, pídeles de forma educada y calmada que te lo aclaren.

#### 4) ANTE LAS CRISIS:

a) Ten un plan preparado (prepáralo con tu terapeuta en la consulta; por ejemplo, dónde ir a urgencias, a quién contarle lo que te pasa, números de contacto, etc.)

b) Atento a los primeros signos de alarma.

c) Comunica lo que te pasa a tus personas de confianza.

d) Evita gritos, amenazas, golpes... Es mejor que pidas ayuda y te quedes sólo en una habitación hasta que te ayuden si sientes que puedes agredir a los que te rodean. Si la situación está fuera de control, pide que te contengan e incluso aíslen antes de que la cosa vaya a más.

e) Acude a urgencias siguiendo el plan, con calma, de forma programada.

f) Si te ingresan, no lo sientas como un fracaso. Un ingreso a tiempo puede mejorar la evolución de tu enfermedad, y un ingreso programado suele resultar mucho mejor que uno a la fuerza o por urgencias.

#### 5) COMO SOLUCIONAR PROBLEMAS

a) De uno en uno.

b) Lo más objetivamente posible.

c) Apunta todas las soluciones que se te ocurran, aunque te parezcan absurdas inicialmente.

d) Elige la que te parezca más viable para ese momento e intenta ponerla en práctica.

e) Valora si la solución ha sido útil. Si no, averigua por qué.

f) Si con la primera solución no termina el problema, pon en práctica la segunda de las soluciones posibles...

g) Y así sucesivamente hasta que el problema se solucione.

h) Si descubres que un problema no tiene solución, pide ayuda. Alguien puede aportarte algo que no se te haya ocurrido a ti.

i) Si finalmente ese problema no tiene solución (y algunos no la tienen), plantéate un cambio de actitud que te permita convivir con él.

**ANEXO 1****LA RED DE SALUD MENTAL Y OTROS DISPOSITIVOS SOCIALES Y EDUCATIVOS****Clara Ferreiro, Trabajadora Social UADO**

Las psicosis necesitan abordarse desde múltiples frentes, lo que significa que su tratamiento no es sólo farmacológico, sino también psicológico, social y educativo. Esto es especialmente cierto en el caso de los niños y adolescentes que se encuentran en un momento evolutivo en el que es preciso atender a las necesidades educativas y formativas como cualquier otro chico.

Aunque el dispositivo básico para la atención de los adolescentes con psicosis de inicio temprano (PIT) es la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ), a lo largo del proceso de la enfermedad podría ser necesaria la intervención de profesionales que trabajan en otras instituciones. El presente capítulo os presentará una descripción de la mayoría de los dispositivos públicos disponibles en la Comunidad de Madrid que podrían ser relevantes para el abordaje de la PIT.

Funcionalmente, estos dispositivos pertenecen a diversas Administraciones (Sanidad, Servicios Sociales, Educación) pero los profesionales que en ellas trabajan pueden actuar coordinadamente apoyando y potenciando sus intervenciones.

**1. LA RED DE SALUD MENTAL****• Centro de Salud Mental:**

Las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ). son unidades sanitarias especializadas formadas generalmente por un psiquiatra Infanto-Juvenil, un Psicólogo Infanto-Juvenil, un enfermero y trabajador social. Suele existir un equipo por distrito de salud. A ellas se accede normalmente a través del pediatra de zona. Estos equipos están preparados para tratar cualquier trastorno mental en niños y adolescentes. Aunque la dotación,

formas de funcionamiento y organización interna de cada USMIJ varía de unos distritos a otros, todos suelen proporcionar tratamiento farmacológico, terapias psicológicas, intervención social y atención de enfermería. Los profesionales del USMIJ conocen los recursos de la Red de Salud Mental y os asesorarán de la necesidad de realizar una derivación a otros dispositivos si lo estiman necesario.

- Unidades de Hospitalización breve (UHB):

Son Unidades cerradas que están ubicadas en los hospitales. Como avanzábamos en el capítulo del tratamiento, en ellas se proporcionan atenciones médicas en régimen de ingreso en momentos de crisis o cuando los síntomas del paciente hacen inviable un tratamiento ambulatorio. A veces se os propondrá un ingreso en estas unidades para la realización de una evaluación exhaustiva (incluyendo pruebas biológicas, psicológicas y de neuroimagen) que permita un diagnóstico más exacto (ej. cuando existen dudas). La estancia media de estas Unidades es corta, puede ir desde unos días a uno o dos meses a lo sumo.

El ingreso de los menores en esta Unidades puede hacerse por vía normal (programada) o urgente. Lo más conveniente es que se realice de forma programada a petición del psiquiatra responsable, quien se pone en contacto con los médicos de la UHB. En caso de urgencia deberéis acudir a vuestro hospital de referencia donde los psiquiatras de guardia os asesorarán cómo proceder. El ingreso siempre lo realiza un médico y, en el caso de los menores de 18 años, siempre hay un parte al Juez para que éste lo autorice (se denomina ingreso involuntario). Este requisito legal es imprescindible siempre, aun cuando los padres, el propio chico y el médico estén de acuerdo en que es necesario. Este es un trámite con el que están perfectamente familiarizados los profesionales que os van a atender. Tiene por objeto asegurar que se respetan los derechos del menor en todos los casos.

En la Comunidad de Madrid hay dos Unidades de Hospitalización Breve para adolescentes, que cubren distintas Áreas Sanitarias: una en el Hospital Niño Jesús, para menores hasta 18 años cuenta con 17 camas, de las cuales, 11 son para Trastornos de Conducta Alimentaria, y 6 para agudos.

La otra es la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes del Hospital Gregorio Marañón, para menores entre 12 y 17 años. Cuenta con 20 camas: 10 para chicos y 10 para chicas. En ambos Hospitales se realiza una intervención integral, médica, psicológica, de enfermería y social.

- Hospitales de día:

Incluye una combinación de intervenciones y terapias individuales y grupales que ofrecen un régimen de cuidados intermedio entre el nivel ambulatorio y la hospitalización total. El horario de funcionamiento es semejante al horario escolar, los pacientes regresan a casa a medio día o por la tarde. Estos centros han sido dotados de un aula escolar que permite un abordaje integral de las necesidades educativas y de salud mental.

La derivación al hospital de día, si es necesaria, la hará el psiquiatra de referencia del Centro de Salud Mental. La estancia media en estos recursos es de varios meses hasta uno o dos años. En nuestra Comunidad, hay cuatro Hospitales de Día de dependencia pública y ocho privados. A las plazas en centro privado se puede acceder mediante el seguro escolar.

## 2. SERVICIOS SOCIALES

Los Servicios Sociales pretenden ser la institución más próxima al ciudadano. Están dotados de un conjunto de programas, recursos, prestaciones, actividades y equipamientos destinados a la atención social de la población y gestionados por las Administraciones Autonómica y Local.

El objetivo de los Servicios Sociales es el de asegurar el derecho de las personas a vivir dignamente durante todas las etapas de su vida teniendo cubiertas las necesidades sociales.

## **1. Comunidad de Madrid:**

- La **Consejería de Familia y Asuntos Sociales** desarrolla, entre otros, los siguientes Planes y Programas:
  - Programa de inserción socio-laboral para jóvenes con dificultades sociales
  - Programa de apoyo a familias con hijos con discapacidad o alteración del desarrollo.
  
- **El Instituto del Menor y la Familia**, adscrito a la Consejería, coordina acciones que inciden en el Bienestar social de los niños, y promueve políticas de protección a la familia.
  - Respiro familiar: campamentos de verano.
  - Apoyo a hermanos menores de edad de niños con discapacidad.
  - Apoyo y atención terapéutica para familias de niños usuarios de Centros de Atención Temprana.

Cuenta también con una Unidad de Orientación a la Familia ante momentos difíciles, formada por un equipo de profesionales expertos en orientación familiar que ayuda a afrontar estas situaciones. A este Servicio se accede directamente. Para más información de este y otros Servicios y Prestaciones, es aconsejable acudir a los Servicios Sociales municipales que corresponda, donde recibiréis una orientación y asesoramiento personalizado.

A través de la página WEB de la Comunidad encontraréis más información de estos y otros Programas y Servicios.

[www.madrid.org](http://www.madrid.org)

## **2. Servicios Sociales Municipales:**

El Sistema Público de Servicios Sociales se organiza en dos niveles: Atención Social Primaria y Atención Social Especializada.

- **La atención Social Primaria:** El equipamiento básico de este nivel de atención son los Centros municipales de Servicios Sociales. La atención a los ciudadanos constituye la actividad central de estos centros, en el que se informa y orienta sobre recursos y prestaciones sociales, tramitando prestaciones tanto municipales como de la Comunidad de Madrid. Cada centro organiza sus proyectos y programas tratando de dar respuesta a las necesidades detectadas según las demandas recibidas, por ello lo aconsejable es acudir y recibir la información personalmente.
- **La atención Social Especializada** pretende dar respuesta a situaciones y necesidades que requieren una especialización técnica concreta o una disposición de recursos determinados. Sus recursos específicos y Programas se organizan por sectores de atención, definidos según la edad o según las diferentes necesidades que presentan las personas (mayores, familia, drogas, etc.).
- La información acerca de la ubicación de estos Centros es facilitada por los Ayuntamientos de cada localidad.
- Para información acerca de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid puede hacerse a través de la página web o del 010

[www.munimadrid.es](http://www.munimadrid.es)

#### 4. Iniciativa social:

Además de los servicios que las Administraciones proveen, existen actividades y servicios desarrollados gracias al impulso de familiares de afectados que se han organizado en Asociaciones y Federaciones. En nuestra Comunidad existe un movimiento asociativo amplio. A continuación os facilitamos las direcciones y teléfonos de alguna de ellas.

- **F.E.A.F.E.S.** Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental  
C/ Hernández Mas, 20-24 - tel.: 91 507 92 48  
[www.feafes.com](http://www.feafes.com)
  
- **A.M.A.F.E.** Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Enfermos con Esquizofrenia  
C/ Ruiz Perelló, 7 - tel.: 91 361 27 68  
<http://www.amafe.org/>
  
- **A.F.A.E.P.** Asociación de Familiares y Amigos Enfermos Psíquicos  
C/ Arturo Soria, 204 (Clínica San Miguel) - Tel.: 91 416 84 75  
No dispone de Página WEB
  
- **F.E.M.A.S.A.M.** Federación Madrileña Pro-salud Mental  
C/ Manuel Fernández Caballero, 10 - tel.: 91 472 98 14  
<http://www.femasam.org>
  
- **A.P.I.S.E.P.** Asociación para la integración social de enfermos Psíquicos  
C/ Pablo Coronel, 34 (local) Alcalá de Henares - tel.: 91 883 29 70  
No dispone de página WEB

<b>ANEXO 2</b>
<b>GLOSARIO DE TÉRMINOS</b>

**Absentismo:** no llevar a cabo una conducta previamente habitual. Por ejemplo, en este contexto, el absentismo escolar hace referencia a no acudir al colegio.

**Abuso:** uso desproporcionado por exceso. Por ejemplo, abuso de alcohol significaría uso excesivo de alcohol.

**Actitud:** predisposición ante algo. Por ejemplo, una actitud colaboradora significaría que se está dispuesto a colaborar.

**Activación:** preparación para la acción. En este contexto, alerta. Con el cuerpo y la mente dispuestos a actuar.

**Acontecimiento estresante:** algo que al ocurrir genera nerviosismo y tensión psíquica.

**Adherencia al tratamiento:** cumplimiento de las instrucciones del terapeuta en referencia al tratamiento.

**Adolescencia:** etapa del desarrollo en la que se produce el paso desde la niñez hacia la edad adulta. Generalmente comprende desde los 13-14 años de edad, hasta los 18-20. Conlleva numerosos cambios en la persona a nivel físico, psicológico y social.

**Adaptación funcional:** proceso de reincorporación a un nivel de funcionamiento diferente al previo, después de que entre ambos niveles haya ocurrido un acontecimiento o circunstancia especial (ej. Enfermedad o acontecimiento vital estresante).

**Afecto/afectivo:** sentimiento de cercanía y cariño hacia otra persona. El término afectivo significa relativo al afecto, es decir, a los sentimientos de cercanía y cariño hacia alguien. Técnicamente afectivo se usa también para referirse a todo aquello relacionado con los sentimientos, las emociones o los estados de ánimo (ej. Trastorno afectivo).

**Agitación:** estado de extrema inquietud psicomotriz durante el cual, un individuo no dispone de un adecuado control de su conducta, lo que genera un riesgo para sí mismo y/o para los demás (a veces puede acompañarse de o preceder a la agresividad).

**Agresividad:** uso de la violencia en la interacción con algo o alguien. Podría producirse en la interacción con uno mismo, lo que recibiría el nombre de autoagresividad.

**Agudo:** referencia temporal que señala la corta duración o evolución de un proceso (trastorno, episodio, enfermedad, síntoma...). Generalmente implica que duró, dura o durará días (suelen ser inferiores a un mes).

**Ajuste de medicación:** cambio en la pauta definida de medicación que generalmente conlleva subida o bajada de alguna dosis y/o supresión/adición de algún nuevo fármaco.

**Alucinación:** percepción de algo que NO EXISTE. Es una percepción (ya sea oír ver, oler o sentir algo) que se produce sin que exista un estímulo real que la desencadene.

**Ansiedad:** sensación subjetiva de aprensión y temor que se acompaña de síntomas físicos de nerviosismo (ej. Sensación de falta de aire, temblor, etc) y que ocurre sin que exista un estímulo externo aparente que la provoque.

**Autoestima:** valoración subjetiva que las personas hacen de sí mismas.

**Biografía:** conjunto de vivencias de una persona a lo largo de su vida.

**Brote:** cada uno de los episodios de una enfermedad que cursando con recaídas y períodos de estabilidad puede conllevar cierto grado de deterioro funcional entre ellos (ej. Esquizofrenia, artritis reumatoide) También se usa para referirse al empezar de una enfermedad en una persona o en una población (ej. Brote de meningitis). Ver “fase”

**Clima emocional:** tipo y calidad de las relaciones entre los miembros de la familia.

**Cognitivo:** relativo a la capacidad de pensar y a las llamadas funciones mentales superiores (ej. memoria, atención, reconocimiento de estímulos).

**Compensación:** ver “estabilidad”

**Catatonía:** engloba un abanico de trastornos motores entre los que se incluyen la inmovilidad motora o la adopción de posturas extrañas. A veces se puede manifestar en forma de actividad motora excesiva o agitación.

**Comportamiento Desorganizado:** conducta inapropiada con respecto al contexto (de repente, se agita y se confunde o se sienta y mira fijamente, como si estuviera inmovilizado).

**Comunicación no verbal:** componente de la comunicación que no incluye la palabra. Incluiría gestos, miradas, posturas, movimientos, tono de voz, etc.

**Conciencia de enfermedad:** grado en el que alguien sabe que está enfermo. Se dice que es alta cuando el paciente tiene claro que tiene una enfermedad y cuál es. Sería baja si el paciente no admitiera que está enfermo o aun reconociendo que tiene algún problema no lo atribuyese a la enfermedad que le ha diagnosticado).

**Conductual:** relativo a la conducta, es decir, al comportamiento.

**Crisis:** en el curso de una enfermedad, una crisis es una etapa de florecimiento o incremento de los síntomas. Período especialmente difícil.

**Crónico:** referencia temporal que señala la duración prolongada o evolución de un proceso (trastorno, episodio, enfermedad, síntoma...). Generalmente implica que duró, dura o durará años.

**Cumplimiento terapéutico:** ver “adherencia al tratamiento”.

**Curso:** proceso evolutivo de la enfermedad

**Delirios:** Ideas y creencias o conjunto de ideas que cumplen las siguientes características: son falsas, imposibles de rebatir usando la lógica y que aparecen de forma patológica (a diferencia de las creencias ancestrales o las religiosas que se establecen influidas por la cultura o la tradición social)

**Depresión:** síndrome caracterizado por una tristeza profunda o una pérdida significativa del interés por las cosas. Suele acompañarse de otros síntomas como la pérdida de energía, de apetito o alteraciones del sueño. Son habituales también los sentimientos de culpa, de vergüenza, el pesimismo patológico, etc.

**Descompensación:** pérdida de un estado de funcionalidad en el que el individuo no es capaz de enfrentar las exigencias habituales de la vida diaria; pérdida de un estado previo de estabilidad.

**Dinámica familiar:** patrón habitual de interacciones que tienen lugar en el seno de una familia.

**Doble vínculo:** en este contexto, el doble vínculo hace referencia a la transmisión de informaciones contradictorias a través de dos canales distintos de comunicación. Por ejemplo, se produce cuando verbalmente transmitimos

un contenido y no verbalmente el opuesto. Se postuló como un factor favorecedor de la aparición de psicosis.

**Efecto rebote:** obtención del resultado contrario al deseado y/o supuesto a una determinada intervención (por ejemplo, cuando al administrar un fármaco relajante, el paciente se excita).

**Emoción:** expresión afectiva generalmente intensa, de presentación más o menos brusca y que va siempre acompañada de manifestaciones físicas (ej. Llanto).

**Emoción expresada (EE):** Es un concepto que se usa para significar un tipo de comunicación afectiva, generalmente duradera e intensa, en el entorno familiar. El nivel de EE de una familia se obtiene administrándole a sus miembros una entrevista (Camberwell Family Interview) que mide, entre otros, la implicación emocional, el grado de hostilidad y el número de comentarios críticos que hacen unos de otros al responder a las preguntas del entrevistador. Su importancia estriba en que se comprobó que cuando un paciente psicótico (esquizofrénico) regresaba a un entorno familiar con un nivel de EE alto después de una hospitalización, tendía a recaer más que si el entorno al que regresaba se caracterizaba por bajos niveles de EE. A partir de entonces, se desarrollaron los programas psicoeducativos que tenían como objetivo reducir el nivel de EE de las familias de los pacientes psicóticos para así mejorar el pronóstico de la enfermedad. No se ha determinado si el valor alto o bajo de EE es expresión de las dificultades que una familia atraviesa cuando tiene un familiar enfermo o es previo a las mismas.

**Entorno:** Ambiente que rodea a algo o alguien que incluye, además de la superficie física, componentes psicológicos y sociales.

**Episodio:** período en el que los síntomas de la enfermedad son evidentes.

**Equipo terapéutico:** conjunto de profesionales que tratan al paciente. Puede incluir a médicos, psicólogos, enfermeros, auxiliares de enfermería, rehabilitadores y/o trabajadores sociales.

**Estabilidad:** período de tiempo, más o menos prolongado en el curso de una enfermedad, en el que el individuo no sufre los síntomas o estos están atenuados.

**Estereotipo:** patrón repetido y característico.

**Estereotipia:** la estereotipia es una manifestación motora, verbal o del pensamiento, que es repetida durante tiempo por la persona con un carácter reiterativo. Puede consistir en posturas, palabras, gestos, balanceos, desplazamientos.

**Estigma:** señal. En este contexto, se refiere a la marca o prejuicio social (temor, desconfianza, pena, desvalorización, etc.) que se adscribe a una enfermedad o las personas que la padecen (pacientes y familiares)

**Estímulo:** algo que genera una percepción. Si recibe muchos, diremos que un paciente está sobreestimulado (o hiperestimulado); si recibe muy pocos, diremos que está hipoestimulado.

**Estimulación:** proceso de generación de estímulos. Por ejemplo, cuando llamamos a alguien (estímulo auditivo).

**Estrés:** sensación subjetiva de tensión psíquica. Generalmente está provocada por hiperestimulación y suele acompañarse de nerviosismo.

**Euforia:** excesiva alegría y sensación de bienestar exagerado. Suele acompañarse de gran optimismo.

**Evitación:** conducta tendente al no afrontamiento de algo. En este contexto, se utiliza en referencia al no afrontamiento de problemas o situaciones difíciles.

**Evolutivo:** que se produce a lo largo del desarrollo de algo (por ejemplo, una enfermedad). También suele utilizarse en el ámbito psicopedagógico y de la medicina para hacer referencia al progreso de las etapas del desarrollo de una persona.

**Factor protector:** aquel que salvaguarda al paciente de padecer una enfermedad o una crisis (en quien ya padece una enfermedad), o que al menos influye en que los síntomas sean atenuados.

**Factor de riesgo:** aquel que facilita el padecimiento de una enfermedad o crisis o que agrava los síntomas de la misma.

**Fase:** episodio de una enfermedad que cursa períodos de estabilidad y otros de recaída. Suele emplearse para nombrar las recaídas del trastorno bipolar o los trastornos afectivos (ver “brote”).

**Fisiológico:** relativo a lo físico (corporal). También es utilizado en el ámbito médico para referirse a que algo pasa de forma natural, por oposición a patológico.

**Fobia:** temor irracional a algo

**Hábitos saludables:** conjunto de costumbres basadas en la promoción de la salud.

**Impulso / impulsividad:** es un acto que se lleva a cabo sin evaluar previamente las consecuencias del mismo. La impulsividad es la tendencia a llevar a cabo conductas sin haber evaluado previamente las consecuencias de las mismas. Si las consecuencias son finalmente negativas, de forma habitual, la impulsividad puede constituir un síntoma psiquiátrico.

**Insomnio:** Alteración del sueño consistente en una disminución del mismo. Puede ser de conciliación, de mantenimiento o “despertar precoz” Suele ser un síntoma acompañante de muchas enfermedades o aparecer en períodos de tensión o cansancio extremo.

**Interacción:** relación mutua entre dos o más elementos.

**Individuación:** proceso por el cual un individuo dependiente consigue cobrar entidad propia frente al resto, diferenciándose significativamente de ellos. En este contexto, hace referencia a uno de los procesos propios del desarrollo humano que suele producirse durante la adolescencia.

**Lenguaje Desorganizado:** lenguaje incoherente y sin sentido

**Normativo:** relativo a las normas (reglas).

**Oposicionismo:** Actitud de resistencia activa y actuaciones contrarias a las que se le solicitan o esperan de alguien. Llevar la contraria.

**Palpitaciones:** sensación subjetiva por la que hace consciente el latido del corazón en el área pectoral.

**Percepción:** fenómeno de captación y procesamiento de estímulos.

**P.I.T:** Psicosis de Inicio Temprano

**Plan de Tratamiento:** Pautas de intervención, diseñadas por el equipo terapéutico para cada paciente individual

**Prejuicio:** opinión formulada sobre algo que no se conoce, basada en informaciones indirectas. En este contexto se refiere a lo que se espera de una intervención que realmente no se conoce, en función de experiencias que nos han contado o hemos leído o simplemente intuimos (por ejemplo ante una medicación concreta o una persona).

**Pródromo:** síntoma temprano, atenuado e inespecífico que sucede antes de una crisis. Su conocimiento permite anticipar que pueda ocurrir una crisis para tratar de poner los medios para evitarla.

**Promiscuidad:** conducta sexual poco o nada selectiva por la que un individuo mantiene relaciones con múltiples personas a lo largo del tiempo.

**Pronóstico:** predicción del desarrollo y evolución de una enfermedad, en base a los síntomas que la han precedido o la acompañan. Predicción sobre su duración y terminación. Suele calificarse de bueno, malo, regular,...

**Psicosis:** Enfermedad caracterizada por la pérdida del criterio de realidad que cursa con alteraciones importantes en el funcionamiento mental (procesos cognitivos y perceptuales), imposibilidad para distinguir realidad de fantasía y otros trastornos del comportamiento y estados de ánimo. Pueden ser agudas o crónicas. Pueden ocurrir a cualquier edad.

**Recaída:** empeoramiento o reaparición de los síntomas de un determinado trastorno o enfermedad, después de una mejoría.

**Recurrencia:** vuelven a aparecer los síntomas después de un intervalo de estabilidad. Aparición de crisis repetidas a lo largo del curso de una enfermedad.

**Resiliencia:** capacidad del sujeto para no padecer una enfermedad a pesar de la existencia de factores de riesgo (facilitadores o desencadenantes). Podría definirse por oposición a vulnerabilidad.

**Role-play:** interpretación de un papel con el fin de practicar (entrenar) una determinada habilidad. En este contexto se refiere a una técnica psicoterapéutica cuyo objetivo es el anteriormente descrito.

**Ritual:** acto elaborado que un sujeto lleva a cabo con un fin concreto. En este contexto hace referencia al típico síntoma del trastorno obsesivo compulsivo por el cual el paciente lleva a cabo un acto más o menos complejo y estrictamente organizado, sin un claro fin en sí mismo, más que el indirecto de evitar la ansiedad que le produce una determinada situación.

**Sedentarismo:** tendencia a permanecer en el mismo lugar durante largos periodos de tiempo. También se refiere a la evitación del ejercicio físico y la actividad.

**Sentimiento:** proceso interno que genera una determinada carga afectiva hacia algo o alguien. Hay sentimientos *sensoriales* (dolor), *vitales* (ej vitalidad), *psíquicos* (alegría, miedo, tristeza) y *espirituales* (artísticos, religiosos)

**Signo:** expresión objetivable de algún proceso que está sucediendo (por ejemplo, enrojecimiento, inflamación).

**Síndrome:** conjunto de signos y síntomas que caracteriza a una entidad patológica.

**Síntoma:** Expresión subjetiva, por tanto no objetivable, de algún proceso que está sucediendo (dolor, visión borrosa, pitidos en los oídos).

**Síntomas motores:** aquellos en los que está comprometido el sistema motor, es decir el responsable del movimiento (marcha, coordinación, etc.)

**Síntomas Positivos:** Se emplea para referirse a manifestaciones productivas de la psicosis que no ocurrirían si no existiese la enfermedad (ej. Alucinación)

**Síntomas Negativos:** Las manifestaciones de las psicosis que implican una pérdida o reducción de habilidades o funciones que existían en el individuo antes de enfermar (ej. Abulia: pérdida de la voluntad)

**Sobreprotección:** Patrón de conducta en la que se exceden las atenciones necesarias hacia una persona con el fin de evitarle un sufrimiento real o

imaginado o el malestar que habitualmente acompaña a las dificultades y problemas de la vida cotidiana. Un patrón educativo sobre o superprotector puede interferir con los fenómenos de autonomía e individuación del individuo en desarrollo. Suele ser una reacción habitual que se genera en los familiares de las personas enfermas (especialmente cuando son niños o adolescentes)

**Somático:** referente al cuerpo, a lo orgánico, a lo físico

**Subagudo:** relativo al tiempo de evolución de un proceso (síntoma, enfermedad, trastorno...), indicando que no es ni crónico ni agudo. Suele implicar una duración o evolución de meses (no llegando a años pero pasando de 1 mes).

**Subjetivo:** que procede de la vivencia personal del sujeto, no pudiendo ser objetivable por los demás.

**Taquicardia:** aceleración del ritmo del corazón por encima de lo habitual (En sentido estricto, más de 120 latidos minutos).

**Trastorno Fóbico:** ver "Fobia"

**Trastorno Mental:** enfermedad en que se ven afectados nuestro comportamientos, pensamientos y capacidad de tomar decisiones. Está asociada a un malestar (ej., dolor), a una discapacidad (ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

**Vigilia:** Estado de la conciencia consistente en estar despierto

**Vínculo:** proceso que se establece entre dos personas que están relacionadas. Es el sustrato de un compromiso dentro de la relación entre dos o más personas.

**Vulnerabilidad:** incapacidad del sujeto para evitar la enfermedad. Será mayor cuanto más fácil sea que enferme. Es la tendencia del individuo a enfermar, o facilidad con la que va a enfermar, ante la presencia de factores de riesgo o causales de dicha enfermedad.

## **BIBLIOGRAFÍA**

### **Generalidades. Manejo de las psicosis:**

- Rebolledo Moller, S., Lobato Rodríguez, J. M. (2005). *Cómo afrontar la esquizofrenia: Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas*. Madrid: Aula Médica.
- Colom, F., Vieta, E. (2004). *Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar*. Barcelona. Ars Médica.
- Bernardo, M. (2004). *¿Qué sabemos de la esquizofrenia? Guía para familiares y pacientes*. Barcelona. Ars Médica.
- De Hert, M., Thys, E., Magiels, G., Wyckaert, S. (2004). *Anything or nothing. Self-guide for people with bipolar disorder*. Janssen-cilag / Organon.
- Elgei, R. et al. (2005). *Descubre un nuevo camino. Apoyo y consejos para personas con esquizofrenia*. Bristol –Myers-Squibb & Otsuka Pharmaceuticals Europe Ltd.
- Morselli, P.L., Elgie, R., GAMIAN- Europe. (2003). *GAMIAN-Europe/BEAM survey I--global analysis of a patient questionnaire circulated to 3450 members of 12 European advocacy groups operating in the field of mood disorders*. Bipolar Disorders, 5: 265-278.

### **Eficacia de programas psicoeducativos:**

- Huxley, N.A., Rendall, M., and Sederer. L. (2000). *Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years*. J Nerv Ment Dis, 188(4): p. 187-201.
- Falloon, I.R., et al. (1987). *Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: social outcome of a two-year longitudinal study*. Psychol Med, 17(1): p. 59-66.11.
- McFarlane, W.R., et al. (1996). *A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment*. Psychiatr Serv, 47(7): p. 744-50.
- AACAP, O.A. (2001). *Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia*. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40(4S): p. 23S.

### **Conciencia de enfermedad:**

- Shad, M.U., et al. (2006). *Insight and frontal cortical function in schizophrenia: a review*. Schizophr Res 86(1-3): p. 54-70

- McEvoy, J.P., et al. (1989). *Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients*. J Nerv Ment Dis 177(1): p. 48-51.

### **Aparición y curso de las psicosis:**

- Remschmidt, HE., Schulz, E., Martin, M., Warnke, A., Trott, GE. (1994). *Childhood-onset schizophrenia: history of the concept and recent studies*. Schizophr Bull 20, 727-745.

- Rosen, K., Garety, P. (2005). *Predicting recovery from schizophrenia: a retrospective comparison of characteristics at onset of people with single and multiple episodes*. Schizophr Bull 31, 735-750.

- Morgan, VA., Mitchell, PB., Jablensky, AV. (2005). *The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of low prevalence (psychotic) disorders*. Bipolar Disord. 7, 326-37.

- Caton, CL., Hasin, DS, Shrout, PE., Drake, RE., Dominguez, B., Samet, S., Schanzer, B. (2006). *Predictors of psychosis remission in psychotic disorders that co-occur with substance use*. Schizophr Bull 32, 618-25.

- Lambert, M., Schimmelmann, BG., Naber, D., Schacht, A., Karow, A., Wagner, T., Czekalla, J. (2006). *Prediction of remission as a combination of symptomatic and functional remission and adequate subjective well-being in 2960 patients with schizophrenia*. J.Clin Psychiatry 67, 1690-7.

### **Adolescencia. Relaciones familiares:**

- Ríos González, J. A. (1994). *Manual de orientación y terapia familiar*. Madrid. Instituto de Ciencias del Hombre.

### **Consumo de sustancias:**

- Plan Nacional sobre drogas. (2001). *Drogas: + información – riesgos. Tu guía*. Madrid. Ministerio del Interior.

- Gregg, L., Barrowclough, C., Haddock, G. (2007). *Reasons for increased substance use in psychosis*. Clinical psychology Review, doi: 10.1016/j.cpr.2006.09.004

### **Pródromos:**

- Arango C, et al. (2004). *La psiquiatría en esquemas. Esquizofrenia en esquemas*. Barcelona. Ars médica

**Psicofármacos:**

- Pappadopoulos E, MacIntyre JC, Crismon ML, Findling RL, Malone RP, Derivan A, Schooler N, et al. (2003). *Treatment recommendations for the Use of Antipsychotics for Aggressive Youth (TRAAAY). Part I: A Review.* J AM Acad Child Adolesc Psychiatry., 42(2): 145-161.
  
- Cunningham Owens, DG. (1999). *A Guide to the Extrapiramidal Side Effects of Antipsychotic Drugs.* Cambridge University Press.
  
- Richardson MA, Haugland MA, Craig TJ. (1991). *Neuroleptic Use, Parkinsonian Symptoms, Tardive Dyskinesia, and associated Factors in Child and Adolescent Psychiatric Patients.* Am J Psychiatry 148: 1322-28.
  
- Sachdev P. (1995). *The Epidemiology of Drug- Induced Akathisia: Part II. Chronic, Tardive, and Withdrawal Akathisias.* Schizoprh Bull 21 (3): 451-61.
  
- Gualtieri CT, Schoroeder SR, Hicks RE, Quade D. Tardive (1986). *Dyskinesia in Young Mentally Retarded Individuals.* Arch Gen Psychiatry 43: 335-340.
  
- Campbell M, Adams P, Perry R, Spencer EK, Overall JE. (1988). *Tardive and Withdrawal Dyskinesia in Autistic Children: A Prospective Study.* Psychopharm Bull 24 (2): 251-55.
  
- Pourcher E, Baruch P, Bouchard RH, Filteau MJ, Bergeron D. (1995). *Neuroleptic Associated Tardive Dyskinesias in Young People with Psychoses.* British J of Psychiatry 166: 768-772.
  
- Campbell M, Armenteros JL, Malone RP, Adams PB, Eisenberg ZW, Overall JE. (1997). *Neuroleptic-Related Dyskinesias in Autistic Children: A Prospective, Longitudinal Study.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36(6): 835-43.
  
- Schur SB, Sikich L, Findling RL, Malone RP, Crismon ML, Derivan A, MacIntyre JC, et al. (2003). *Treatment recommendations for the Use of Antipsychotics for Aggressive Youth (TRAAAY). Part I: A Review.* J AM Acad Child Adolesc Psychiatry 42(2): 132-144.